

Université de Montréal

**Identification des difficultés fonctionnelles dans le trouble cognitif
léger :
Perspective des ergothérapeutes**

par Erika Pontes dos Santos

École de réadaptation
Faculté de médecine

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en Science de la Réadaptation

Août 2018

© Erika Pontes dos Santos, 2018

Résumé

Le trouble cognitif léger (TCL) est un état transitionnel entre le vieillissement sain et la démence. Les critères diagnostiques actuels considèrent que le TCL entraîne des difficultés principalement sur le plan cognitif. Toutefois, des études récentes ont montré que le TCL entraînait également des impacts fonctionnels pouvant altérer l'indépendance de la personne dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), soit les activités permettant d'être indépendant dans sa communauté. Face à ce manque de consensus dans les écrits, la présente recherche a comme objectif d'explorer la perspective des ergothérapeutes concernant l'impact fonctionnel du TCL en utilisant un sondage en ligne. Les ergothérapeutes étant des experts de ce domaine, le sondage vise à approfondir les connaissances du TCL, à partir de la pratique clinique de ces professionnels de la santé.

Le sondage en français a été développé d'après une revue rapide de la littérature sur le sujet et à partir de la consultation de deux experts dans le domaine. Le sondage a été envoyé aux ergothérapeutes du Québec via leur ordre professionnel et les médias sociaux. Les résultats ont été analysés par des analyses descriptives et statistiques.

Les résultats du sondage, complété par 233 ergothérapeutes, ont révélé que les répondants s'accordent sur le fait qu'il y a présence d'atteintes fonctionnelles dans le TCL; 84,3% des répondants identifient les AIVQ comme étant atteintes dans la maladie. Toutefois, 24,4% mentionnent les activités de base comme étant également atteintes, ce qui ne concorde pas avec les écrits scientifiques actuels. Peu de répondants étaient familiers avec les sous-types de TCL (14,5%) et la grande majorité (78%) utilise des tests de dépistage cognitifs auprès de cette clientèle comme source principale d'information.

En conclusion, les ergothérapeutes ont une connaissance générale sur les résultats scientifiques des recherches pourtant sur le TCL, mais comme dans la littérature leur pratique reflète bien l'absence de consensus.

Mots-clés : Trouble cognitif léger, démence, activités de la vie quotidienne, difficultés fonctionnelles, ergothérapie

Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is a transitional stage between aging and dementia. The current diagnostic criteria consider that MCI mainly causes difficulties on a cognitive level. However, recent studies have shown that MCI also impact an individual's functions that can alter their independence in instrumental activities of daily living (IADL), i.e. activities that allows them to be independent within their community.

Faced with this lack of consensus in writing, this research aims to explore the perspective of occupational therapists regarding the functional impact of MCI by using an online survey. As occupational therapists are experts in the field, the survey aims to deepen our knowledge of MCI, based on the clinical practice of these health professionals.

The survey, which was done in French, was developed based on a quick literature review on the topic and consultations with two experts in the field. The survey was sent to the occupational therapists of the province of Quebec through their professional order and through social media. The results have been analyzed by descriptive and statistical analysis.

The results of the survey, which was completed by 233 occupational therapists, revealed that the respondents agree on the fact that there is a presence of functional impairment within MCI; 84 % of the respondents identified that the IADL are being affected by the disease. However, 24,4% mentioned that basic activities were equally affected, which does not match with the current scientific writing. Few respondents were familiar with TCL subtypes (14.5%) and the vast majority (78%) use cognitive screening tests with this clientele as their main source of investigation.

In conclusion, the occupational therapists have a general knowledge on the scientific results on the MCI, but as shown in the writing their practices reflect the absence of a consensus.

Keywords: Mild cognitive impairment, Dementia, Activities of daily living, Functional difficulty, Occupational Therapy

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des sigles	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	x
Chapitre 1 Introduction.....	11
1.1 Problématique	11
1.2 But et objectifs du mémoire.....	13
1.3 Organisation générale du mémoire	13
Chapitre 2 : Recension des écrits	15
2.1 Vieillesse saine : impact sur la cognition et le fonctionnement quotidien	15
2.2 Trouble cognitif léger (TCL) : définition, identification et impacts fonctionnels	17
2.2.1 Sous types de TCL et impacts fonctionnels.....	19
2.2.2 Identification précoce du TCL : méthodes et outils.....	21
2.2.2.1 Évaluation par des questionnaires.....	22
2.2.2.2 Évaluation par l'observation du fonctionnement.....	24
2.2.2.3 L'impact fonctionnel du TCL à partir de la perspective des personnes elles-mêmes : l'utilisation de l'entrevue.....	26
2.4 Démence	28
2.5 L'ergothérapie : rôle de cette profession dans l'évaluation des impacts fonctionnels liés au vieillissement.....	31
2.6 La méthode du sondage pour obtenir la perception des professionnelles.....	33
2.7 Objectifs du projet de recherche	36
Chapitre 3 Méthodologie	38
3.1 Dispositif de recherche	38
3.1.1 Étape 1. Le sondage.....	38
3.1.2 Étape 2. L'envoi du sondage.....	40

3.2 Population cible	41
3.3 Analyses des résultats	41
Chapitre 4 Résultats (article) : Trouble cognitif léger : perspectives des ergothérapeutes du Québec	44
4.1 Résumé.....	46
Abstract	48
4.2 Introduction.....	49
4.3 Méthodologie	51
4.3.1 Population cible	51
4.3.2 Sondage.....	52
4.3.3 Collecte de données	54
4.3.4 Analyses des données	54
4.4 Résultats.....	56
4.5 Discussion	62
4.6 Conclusion	66
4.7 Remerciements.....	66
4.8 Références.....	67
Chapitre 5 Discussion	73
5.1 Principaux résultats et pistes de recherches futures.....	73
5.2 Les forces et limites de l'étude	76
5.3 Retombées du projet	76
Chapitre 6 Conclusion.....	78
Références.....	79
Le sondage	i
Formulaire d'information et de consentement.....	xiii

Liste des tableaux

Chapitre 4

Tableau I.	Caractéristiques sociodémographiques	57
Tableau II.	Principaux domaines dans lesquels le TCL entraîne des difficultés	58
Tableau III.	Activités plus spécifiquement atteintes dans le TCL	59
Tableau IV.	Outils de mesure utilisés par les répondants	60
Tableau V.	Probabilité de changer la pratique par rapport au TCL.....	61

Avant-propos

« Dans les vieillards se trouvent la sagesse, et dans une longue vie l'intelligence. »

(Version FMAR Martin 1744, Job 12.12)

Liste des sigles

AVQ : Activité de la vie quotidienne

AIVQ : Activité instrumentale de la vie quotidienne

ABVQ : Activité de base de la vie quotidienne

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

MA: Maladie d'Alzheimer

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec

MoCA : Montréal Cognitive Assessment

MMSE : Mini-Mental State Examination

Pecpar-2R : Protocole d'examen cognitif de la personne âgée

TCL : Trouble cognitif léger

Liste des abréviations

i.e. Id est

Etc. : Et cætera

β Coefficient de régression standardisé

p Degré de signification statistique

*À mes parents, Josefa Pontes da Silva et Henrique José dos Santos, qui ont inculqué en moi la
profonde valeur de l'éducation malgré leur manque d'opportunité d'en avoir le même accès
que moi. Merci pour votre engagement à toujours pourvoir à mes besoins, ce qui m'a permis
d'avancer dans mes études*

Remerciements

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

- En premier lieu, je remercie Dieu, qui m'a soutenue chaque jour en permettant l'accomplissement de ce travail.

- Je remercie aussi mes directrices de recherche, Nathalie Bier erg., PhD et Patricia Belchior, erg., PhD, qui m'ont guidé avec patience dans mon travail et m'ont aidé à trouver des solutions pour avancer.

- Je veux remercier la FESP, la Faculté des études supérieures et postdoctorales, pour les bourses accordées au long de la maîtrise.

- Je remercie aussi Caroline Patenaude, bibliothécaire à la Bibliothèque de lettres et sciences humaines, Université de Montréal, et Dominic Beaulieu du service informatique du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour leur support avec l'utilisation du logiciel SPSS.

- De même, René Alves, ingénieur système, pour son aide avec le groupement des données sur Excel.

- Également, je veux remercier Isabelle Frankland pour son aide avec la correction du français.

- Mes vifs remerciements vont aussi aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

- Je souhaite particulièrement remercier mes parents et mon frère pour l'encouragement et l'appui moral qui m'ont aidé à poursuivre malgré la distance physique.

- J'adresse aussi mes remerciements à tous mes amis, de près ou de loin, qui m'ont aidé avec leurs encouragements et tout leur support dont j'avais besoin pendant cette période intense.

Chapitre 1 Introduction

1.1 Problématique

Nous le savons, l'espérance de vie augmente dans le monde. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016) prévoit même que d'ici 2050, 24 % de la population mondiale sera composée de personnes âgées, comparativement à 14 % en 2015. Bien que les avancées médicales ayant permis cette situation soient positives, le vieillissement de la population entraîne certaines conséquences négatives pour les personnes âgées elles-mêmes et pour la société. En effet, nous assistons présentement à une augmentation des problèmes de santé touchant davantage les personnes âgées, ce qui inquiète autant le domaine médical que social (Cornelis et al., 2017). Parmi ces problèmes, ceux affectant la cognition ont retenu notre attention. Ainsi, l'âge est un facteur de risque pour le développement de la démence et une personne de plus de 65 ans sur 11 souffre d'une démence au Canada (Gouvernement du Canada, 2010). De façon plus spécifique, cette étude s'intéresse à l'impact fonctionnel des troubles cognitifs liés au vieillissement, dont l'impact normal lié à l'âge, mais également celui qui peut s'avérer pathologique comme dans le cas de la démence débutante.

Des études récentes montrent que jusqu'à 10 ans avant de recevoir un diagnostic de démence, une personne peut déjà présenter des difficultés subtiles dans la réalisation de ses AIVQ, c'est-à-dire des activités complexes de la vie quotidienne, celles qui sont nécessaires pour avoir une vie active dans la communauté, comme gérer ses finances, préparer des repas, utiliser les moyens de transport et les appareils électroménagers (De Vriendt et al., 2012; Lassen-Greene et al., 2017; Rabin et al., 2014). Ces activités s'opposent à des activités de base de la vie quotidienne (ABVQ), c.-à-d. les activités nécessaires pour survivre, comme la marche, la mobilité en fauteuil roulant, l'alimentation, ainsi que les soins personnels comme l'hygiène, l'élimination, le bain et l'habillage (Spackman, 2002). La possibilité d'observer des difficultés dans le quotidien plusieurs années avant l'émission d'un diagnostic de démence, dont de la Maladie d'Alzheimer (MA) – la forme de démence la plus fréquente, est une avenue novatrice dans le domaine du dépistage des démences. En fait, de plus en plus d'évidences scientifiques

suggèrent que la MA est un processus physiopathologique qui pourrait débuter plusieurs décennies avant l'apparition de la maladie (Sperling, et al., 2011). Ces découvertes scientifiques ouvrent la porte à des possibilités de dépistage très précoce, avant même l'apparition de symptômes. Les études ont ainsi identifié un stade intermédiaire entre le vieillissement normal et la démence : le trouble cognitif léger (TCL) (Petersen, 2004).

L'ampleur des difficultés cognitives présentées par les personnes atteintes d'un TCL se situerait ainsi entre le vieillissement normal et la démence. Toutefois, une revue scientifique des écrits (Belchior et al. 2015) et de nombreuses études montrent que, à ce jour, l'impact de cet état transitionnel sur le fonctionnement dans les activités quotidiennes est très peu compris et mal défini (Brown , 2011; Farias et al. 2009; Gad et al., 2015; Giovannetti et al., 2008; Gold, Park, Troyer, & Murphy, 2015 ; Jekel et al., 2015; Petersen, 2004; Rodríguez-Bailón, Montoro-Membila, Garcia-Morán, Arnedo-Montoro, & Funes Molina, 2015; Sacco et al., 2012; Schmitter-Edgecombe & Parsey, 2014); même les critères diagnostiques du DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) sont peu précis. Le TCL, maintenant classé dans les troubles neurocognitifs (DSM-V, 2014), y est défini comme un état intermédiaire entre le vieillissement normal et la démence, dans lequel la personne aurait certaines difficultés fonctionnelles, mais qui n'affectent pas son indépendance de façon significative. Ce critère lié aux atteintes fonctionnelles n'est pas défini davantage, ce qui limite grandement la possibilité de guider les cliniciens lors de l'établissement du diagnostic. Ainsi, sachant que le vieillissement sain amène aussi des changements fonctionnels qui n'affectent que peu l'indépendance (Petersen, 2004), la distinction entre le vieillissement sain et le TCL est entièrement basée sur le jugement clinique.

Le manque de données précises pour identifier la présence d'un TCL limite également l'offre des soins adéquats aux personnes qui en sont atteintes (Graham, 2006). Pourtant, l'American Academy of Neurology recommande le diagnostic précoce du TCL, puisque plus de 10 % à 15 % des personnes, par année, évolueront vers une maladie d'Alzheimer (Charchat et al., 2005 ; Petersen, 2004). Cette détection précoce permet aussi aux proches, et à la personne, de se préparer pour l'avenir.

Afin de mieux comprendre l'impact fonctionnel du TCL, et considérant le rôle important du jugement clinique dans le diagnostic de cet état, il apparaît pertinent de documenter la

perspective des cliniciens qui travaillent auprès de cette clientèle de façon régulière. À terme, nous souhaitons mieux comprendre ce qui se fait sur le terrain afin de préciser les données théoriques actuelles sur l'identification du TCL, pour ensuite les rendre explicites et retourner ces connaissances sur le terrain en utilisant des stratégies de dissémination.

1.2 But et objectifs du mémoire

Le but général du mémoire est de contribuer à la compréhension de l'impact fonctionnel du TCL. De façon plus précise, l'objectif du mémoire est d'explorer la perspective des ergothérapeutes sur l'impact fonctionnel du TCL. Plus spécifiquement, nous souhaitons connaître dans quelles activités quotidiennes ils identifient les premiers changements et quelles évaluations ils utilisent pour les identifier. Pour ce faire, nous avons fait un sondage en ligne avec des ergothérapeutes du Québec, comprenant des questions à choix multiple ou des questions ouvertes à courtes réponses, envoyé via l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) et les médias sociaux.

1.3 Organisation générale du mémoire

Ce mémoire est composé de 6 chapitres. La recension des écrits, soit le chapitre deux, définit le trouble cognitif léger et ses sous-types, les principales méthodes utilisées pour l'identifier et les défis rencontrés dans son dépistage. Il aborde également la démence, avec un accent particulier mis sur la maladie d'Alzheimer. Une section complète présente le contexte du projet de loi 21 et les modifications apportées au Code des professions, afin de délimiter le rôle des professionnelles de la santé dans le domaine des troubles neurocognitifs au Québec. Finalement, une section portera sur l'ergothérapie et son rôle dans l'identification des changements fonctionnels dans le TCL. Le chapitre trois est composé de la méthodologie, qui décrit la méthode pour atteindre les objectifs du mémoire. Il comprend la description du sondage, suivi des analyses descriptives et statistiques utilisées afin d'approfondir les résultats. Le chapitre quatre comprend les résultats de la présente étude, sous la forme d'un article scientifique intitulé : Trouble cognitif léger : perspectives des ergothérapeutes du Québec. Cet

article sera soumis pour publication dans la Revue Canadienne d'Ergothérapie. Le chapitre cinq comprend la discussion des principaux résultats, les retombées de l'étude et des pistes pour les études futures. Finalement, le chapitre six conclut le mémoire.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre est consacré à présenter les concepts pertinents au projet et à sa justification, à partir d'un travail de recension des écrits. Il comprend trois sections reliées à la cognition dans le continuum allant du vieillissement normal à la démence : 1) le vieillissement sain; 2) le trouble cognitif léger et 3) la démence. Il comprend aussi une section sur l'ergothérapie et le rôle de cette profession dans l'évaluation des impacts fonctionnels liés au vieillissement. Finalement, il présente la stratégie de sondage comme moyen d'obtenir la perspective d'un groupe de professionnels de la santé et présente les objectifs du projet de recherche.

2.1 Vieillissement sain : impact sur la cognition et le fonctionnement quotidien

Selon l'Organisation mondiale de la Santé :

« Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (Organisation Mondiale de la santé, 2018)).

Lors du processus de vieillissement normal, un affaiblissement des fonctions cognitives est attendu (Ska & Joannete, 2006). En général, dans le vieillissement sain, le déclin des fonctions cognitives se traduit par des difficultés de la mémoire, des difficultés visuospatiales et des difficultés dans l'accomplissement de plusieurs tâches simultanées (Kirova, Bays, & Lagalwar, 2015; Ska & Joannete, 2006; Turner & Spreng, 2012). Parmi ces éléments, la principale cause de plaintes chez les personnes âgées est celle concernant la mémoire. Les études montrent en particulier un déclin mnésique plus spécifiquement lié aux atteintes de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail (Bastin, Simon, Kurth, Collette & Simon, 2013). Cette dernière consiste en la capacité de maintenir et traiter plusieurs informations dans un très court laps de temps, alors que la mémoire épisodique est l'aptitude à se rappeler d'événements passés, situés dans le temps et dans l'espace (Isingrini & Taconnat, 2008).

Le déclin cognitif observé lors du vieillissement serait lié aux changements qui surviennent au niveau des connexions neuronales, caractérisés par le dépôt anormal de protéines et une diminution de la densité de la matière grise au niveau du cortex frontal, tandis que l'hippocampe (responsable de l'encodage en mémoire épisodique) est préservé dans cet état (Kalpouzos, Eustache & Desgranges, 2010). Ces modifications pourront avoir, ou non, des impacts plus ou moins importants sur le fonctionnement cognitif des personnes âgées. Selon certaines hypothèses, ces impacts dépendraient de la réserve cognitive de chacun. La réserve cognitive est un facteur qui atténue les impacts résultant de ces changements sur le plan cérébral (Boller & Belleville, 2016). Elle consiste en l'utilisation de son réseau cérébral de façon à compenser pour les modifications subies; par exemple en utilisant des réseaux cérébraux complémentaires ou substituts. Certaines études (Dolcos, Rice, Cabeza, 2002; Habib, Nyberg & Tulving, 2003) montrent qu'il existe une activation asymétrique des hémisphères frontaux lorsque les personnes adultes saines effectuent une tâche de mémoire épisodique. Le côté gauche serait plus activé lors de l'encodage, tandis que le côté droit le serait plus lors de la récupération du souvenir. Or, dans le vieillissement normal le mécanisme, serait plus symétrique, avec des activations frontales bilatérales, tant lors de l'encodage que de la récupération. Cette hypothèse de la réserve cognitive suppose que l'activation symétrique serait un moyen utilisé pour résister au déclin provoqué par l'âge. Cette capacité à résister au déclin serait liée au vécu de la personne et ainsi, au développement de nombreuses connexions cérébrales qui peuvent ensuite être mises à profit lorsque le cerveau vieillit; par exemple, le niveau de scolarité, la participation à des activités de loisir cognitivement stimulantes (comme la lecture, les mots croisés), et l'engagement dans des activités physiques. Cette capacité permettrait ainsi la réalisation des activités cognitives de façon efficace, c.-à-d. malgré les changements cérébraux liés à l'âge; l'individu qui a une bonne réserve cognitive ne présenterait pas de changements significatifs de son fonctionnement quotidien (Bastin et al., 2013).

En ce qui concerne le fonctionnement dans les activités quotidiennes, certains chercheurs s'entendent pour dire que la baisse de l'efficacité des fonctions cognitives peut avoir un impact sur le fonctionnement quotidien du sujet âgé (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009; Cornelis, Gorus, Beyer, Bautmans & De Vriendt, 2017; Giebel & Challis, 2015; Gold, Park, Murphy & Troyer, 2015; Hughes, Chang, Bilt, Snitz, & Ganguli, 2012; Schmitter-

Edgecombe & Parsey, 2014). Les personnes âgées rapportent avoir de la difficulté dans certaines tâches quotidiennes, comme se rappeler de prendre leurs médicaments à temps ou se rappeler du nom de personnes connues (Ahn et al., 2009; Luck et al., 2012). Ces études rapportent également des difficultés dans les AIVQ, comme gérer ses finances, cuisiner, magasiner (toutefois, malgré les changements dus au vieillissement normal, la personne âgée serait généralement capable de réaliser ses activités de la vie quotidienne de façon indépendante, c.-à-d. sans aide. En revanche, elles peuvent éprouver des difficultés dans leur réalisation; par exemple, elles peuvent avoir des difficultés à réaliser toutes les étapes d'une tâche ou prendre plus de temps pour l'accomplir (Hill, Mansour, Valentijn, Jolles, & van Boxtel, 2010).

2.2 Trouble cognitif léger (TCL) : définition, identification et impacts fonctionnels

La nature des difficultés fonctionnelles dans le TCL est controversée et peu documentée (Goldberg et al., 2010). Le TCL est un état cognitif qui peut être un précurseur de la démence (Petersen et al., 2014). Il peut affecter des domaines de la cognition de façon individuelle ou multiple. Plus précisément, le TCL est un syndrome défini comme un déclin cognitif objectif, supérieur à celui prévu pour l'âge et le niveau d'éducation d'un individu (Albert et al., 2011). Petersen et collaborateurs (Petersen et al., 2014) suggèrent quatre critères pour identifier le TCL : i) une préoccupation soulevée par le patient ou un informateur, ou des observations faites par le clinicien, (ii) une difficulté cognitive dans un ou plusieurs domaines cognitifs par rapport à des données normatives appropriées pour cet individu, (iii) la préservation de l'indépendance fonctionnelle et (iv) l'absence de démence (Petersen et al., 2014).-Les causes du TCL peuvent être multiples : réactions à des médicaments, trouble de sommeil, dépression, tabagisme, etc. (Petersen, 2004). Toutefois, le TCL peut être causé par des dommages cérébraux entraînés par le début d'une démence (e.g., Alzheimer, vasculaire, fronto-temporale).

Il existe deux sous-types de TCL soit le TCL amnésique et le TCL non-amnésique, chacun peut être classé selon le nombre de domaines affectés, c'est-à-dire à domaine unique ou multi domaine. Le TCL amnésique est à domaine unique lorsque seule la mémoire est affectée.

Il est considéré multi domaine quand, en plus de la mémoire, un ou plusieurs autres domaines sont affectés; par exemple, le langage ou les fonctions exécutives. Dans le second cas, le TCL non-amnésique, celui-ci peut être à domaine unique lorsqu'un seul des domaines de la cognition est affecté, sans que la mémoire ne soit touchée. Le TCL non-amnésique sera multi domaine lorsque plus d'un domaine de la cognition est affecté, toujours en excluant la mémoire (Burton, Strauss, Bunce, Hunter, & Hultsch, 2009). Les études montrent que le sous-type amnésique entraîne plus de risque de se transformer en MA (Kim et al., 2009; Petersen et al., 2014), contrastant avec les sous-types non-amnésiques qui évolueraient plutôt vers d'autres types de démences, comme les démences vasculaires ou fronto-temporales (Petersen, 2004).

Jusqu'à tout récemment, il était considéré que l'indépendance dans les activités quotidiennes était inchangée dans le TCL. Néanmoins comme établi dans le DSM V, des révisions récentes de la définition du TCL suggèrent plutôt que les difficultés dans les activités quotidiennes sont apparentes dans ce syndrome (Seelye, Schmitter-Edgecombe, Cook, & Crandall, 2013; Gold, Park, Murphy, & Troyer, 2015; Hedman, Nygard, Malinowsky, Almkvist, & Kottorp, 2016; Hsiao, Lu, Grill, & Teng, 2015; Windblad et al., 2004). Bien que le DSM-V et certaines études considèrent ces difficultés comme n'ayant aucun impact réel sur le fonctionnement quotidien (Petersen et al., 2001), d'autres auteurs ont conclu qu'elles sont à la fois importantes et fréquentes dans le TCL (Jefferson et al., 2008; Oliveira et al 2008 ; Windblad et al., 2004).

Certaines études indiquent un rôle important des fonctions exécutives (Aretouli & Brandt, 2010 ; Farias et al., 2017; Kirova, Bays, & Lagalwar, 2015; Oliveira et al., 2008) ou du fonctionnement cognitif général (Bangen et al., 2010; Goldberg et al., 2010) comme prédicteurs de l'état fonctionnel dans le TCL. Les fonctions exécutives « englobent une multitude d'habiletés, telles la planification, la flexibilité cognitive et l'inhibition de comportements automatiques, toutes reconnues pour contribuer au contrôle d'actions dirigées vers un but » (Packwood, 2011). D'autres ont plutôt identifié l'importance de la mémoire dans le fonctionnement des personnes atteintes de TCL (Jefferson et al., 2008; Parikh, Troyer, Maione, & Murphy, 2016; Schmitter-Edgecombe, Woo, & Greeley, 2009), affectant des activités comme se souvenir des rendez-vous ou se rappeler des endroits où ils ont laissé des objets (Ahn et al 2009).

Une diminution de la vitesse de traitement (par exemple, l'individu est plus lent pour réaliser certaines tâches) a également été suggérée pour expliquer l'état fonctionnel dans le TCL (Lassen-Greene et al., 2017; Wadley, Okonkwo, Crowe, & Ross-Meadows, 2008). Par exemple, dans leur étude, Wadley et al. (2008) ont évalué l'impact fonctionnel du TCL via l'observation directe de cinq AIVQ que les participants devaient réaliser aussi vite que possible. Les résultats ont montré que les participants TCL avaient besoin de plus de temps pour réaliser les activités en comparaison au groupe contrôle, soit des personnes âgées saines.

Ces changements observés dans le TCL pourraient être expliqués par des modifications cérébrales qui s'ajoutent à celles rencontrées dans le vieillissement sain. La mémoire épisodique est un des sous-systèmes mnésiques les plus affectés au cours du vieillissement sain et dans le TCL. Il est possible de voir les modifications engendrées par cette condition lors d'examens d'imagerie cérébrale. Lors de l'utilisation de la mémoire épisodique, l'activité de l'hippocampe est augmentée dans le TCL par rapport aux personnes âgées saines, ce qui serait expliqué par un processus de compensation utilisé par le cerveau afin de contrebalancer les changements, soit la diminution des ressources cognitives (Kalpouzos, Eustache & Desgranges, 2010). Dans la maladie d'Alzheimer, on observe plutôt une diminution des activités hippocampiques (Desgranges, Kalpouzos, & Eustache, 2008; Kantarci et al., 2016).

Il n'y a pas encore de consensus sur les activités quotidiennes les plus touchées dans le TCL (Okonkwo et al., 2006). Certains auteurs identifient un large éventail d'activités affectées par la condition (Perneczky et al., 2006), tandis que d'autres mettent en évidence uniquement une atteinte dans les activités plus complexes (Kim et al., 2009 ; Okwonko et al., 2006; Peres et al., 2006). Kim et al. (2009) ont ainsi observé que les patients présentant un TCL présentent des déficits dans les activités quotidiennes très similaires aux personnes âgées saines, à savoir des déficits dans des AIVQ.

2.2.1 Sous types de TCL et impacts fonctionnels

L'indépendance fonctionnelle pourrait varier selon le sous-type de TCL présenté. Toutefois, les études qui ont comparé l'indépendance fonctionnelle entre les sous-types de TCL ne sont pas toujours en accord. Selon quelques auteurs, les individus présentant un TCL

amnésique auraient plus de problèmes dans les activités quotidiennes que les individus atteints d'un type non-amnésique (Aretouli & Brandt, 2010; Parikh, Troyer, Maione, & Murphy, 2016). Une des explications avancées serait que, dans l'exécution des activités quotidiennes, la mémoire joue un rôle très important comparativement aux autres fonctions cérébrales (Schmitter-Edgecombe et al., 2009; Teng, Becker, Woo, Cummings, & Lu, 2010). De plus, le sous-type amnésique serait associé à une probabilité plus élevée de se convertir en démence, plus spécifiquement en MA, et donc plus susceptible de présenter des déficits fonctionnels. D'autres études (Seelye, Schmitter-Edgecombe, Cook, & Crandall, 2013; Bangen et al., 2010; Teng, Becker, Woo, Cummings, & Lu, 2010) ont documenté des différences entre les personnes âgées atteintes d'un TCL à domaine unique (mnésique ou autre) et celles atteintes d'un TCL multi domaines (amnésiques et non-amnésiques), ces dernières étant plus affectées dans toutes les activités observées lors des études.

Par exemple, Teng et al. (2010), via un questionnaire administré aux proches aidants, ont montré que les personnes âgées avec un TCL amnésique performant moins bien dans AIVQ que les personnes âgées présentant un TCL non-amnésique. Hughes et al. (2012) ont par ailleurs trouvé des différences dans la performance entre les sous types de TCL. Ils ont administré un questionnaire directement à l'individu et ont observé que les personnes âgées présentant un TCL amnésique à domaine unique étaient particulièrement dépendantes pour la prise de médicaments. D'autre part, la performance des personnes âgées présentant un TCL multi domaines était plus affectées dans toutes les activités. Bangen et al. (2010) ont identifié de façon plus précise les différentes activités dans lesquelles chaque sous-type de TCL éprouvait des difficultés. Dans leur étude, les difficultés rencontrées par le sous-type amnésique concernaient particulièrement la gestion financière, contrairement aux sous-types non-amnésique qui touchaient plutôt les activités liées à la santé et à la sécurité.

De façon générale, les résultats de plusieurs études suggèrent que les individus présentant un TCL multi domaines, amnésique ou non, ont un niveau plus élevé de difficultés lors de la réalisation des activités (Bangen et al., 2010; Burton, Strauss, Bunce, Hunter, & Hultsch, 2009). Les observations ci-haut mentionnées attirent notre attention sur l'importance de bien saisir les sous types de TCL.

2.2.2 Identification précoce du TCL : méthodes et outils

Différencier l'impact fonctionnel des difficultés cognitives dues au vieillissement normal de celui causé par le TCL est un défi pour les cliniciens, car il n'y a pas de critères diagnostiques bien définis dans les écrits scientifiques. Ainsi, tel que mentionné, il n'existe pas de critères standardisés pour identifier le TCL sur le plan de l'impact fonctionnel (Cornelis et al., 2017). Cependant, il existe des critères plus précis en ce qui a trait à l'impact du TCL sur les domaines de la cognition. Ainsi, une personne avec TCL doit obtenir des résultats aux tests neuropsychologiques en dessous de ce qui est attendu pour son âge et son niveau de scolarité, tout en demeurant dans les limites de la normale (c.-à-d., 1,5 écart-type sous les normes) (Albert et al., 2011; Daly et al., 2000). D'autres approches utilisées comme prédicteurs du TCL incluent des tests de neuroimagerie (ex. identification du volume de l'hippocampe), car certaines zones du cerveau présentent une diminution de leur volume qui est causé par la mort de cellules lors de l'accumulation de protéines, et l'identification de l'allèle E4 de l'apolipoprotéine E (Salvatore, Cerasa, & Castiglioni, 2018; Turner & Spreng, 2012). Dans tous les cas, le jugement du clinicien demeure primordial, étant donné le manque de consensus clair pour identifier le TCL (Dubois, Beato, & Kalafat, 2002).

En ce qui concerne le critère fonctionnel, comme déjà mentionné, il n'y a pas de critère bien défini des difficultés à présenter pour être considéré comme ayant un TCL (McAlister, Schmitter-Edgecombe, & Lamb, 2016). Plusieurs auteurs ont essayé d'identifier ces difficultés de façon plus précise, et nous allons les explorer dans la section qui suit.

Actuellement, il existe trois façons de mesurer le fonctionnement quotidien dans les recherches scientifiques auprès de la clientèle âgée atteinte d'un TCL : l'utilisation de questionnaires (Ahn et al., 2009; Aretouli & Brandt, 2010; Gordon et al., 2016; Bangen et al., 2010; Brown, 2011; Hsiao, Lu, Grill, & Teng, 2015; Luck et al., 2012; Peres et al., 2006; Perneczky et al., 2006; Regal & Carter, 2015; Rodríguez-Bailón, Montoro-Membila, Garcia-Morán, Arnedo-Montoro, & Funes Molina, 2015), l'utilisation de tests d'observation de la personne lorsqu'elle réalise différentes activités (Douglas, Liu, Warren, & Hopper, 2007; Gold, 2012; Moore, Palmer, Patterson, & Jeste, 2007; Robert et al., 2010) et l'entrevue (de Vriend, 2012; Gold, 2015). Ces trois types de mesures seront abordées dans les prochaines sections.

2.2.2.1 Évaluation par des questionnaires

L'évaluation peut être faite par le biais de questionnaires auprès des personnes et/ou de leurs proches dans le but de connaître la performance des individus dans leurs activités et les changements survenus plus récemment. Les recherches actuelles mesurant les stades précliniques de la démence, ou le TCL, ont surtout utilisé des questionnaires s'adressant soit à la personne elle-même (Bell-McGinty, Podell, Franzen, Baird, & Williams, 2002; Galasko et al., 2006; Royall, Palmer, Chiodo, & Polk, 2004), soit aux proches aidants (Barberger-Gateau, Dartigues, & Letenneur, 1993; Barberger-Gateau, et al., 1999; Mioshi, et al., 2007).

Une recension récente a dénombré plus de 15 questionnaires différents s'adressant à la mesure de l'impact fonctionnel du TCL (Jekel et al., 2015). Parmi ces outils, nous en retrouvons quelques-uns qui sont davantage utilisés, tels que le *Functional Activities Questionnaire (FAQ)*. Le FAQ est un questionnaire qui s'adresse à la personne et à ses proches. Ce questionnaire évalue dix domaines liés aux activités instrumentales de la vie quotidienne, soient: les finances, faire ses courses, la mémorisation de rendez-vous, les loisirs, la préparation de repas, et les voyages. Un système de cotation allant de dépendant à normal est utilisé; il mesure plus spécifiquement si la personne est complètement dépendante pour réaliser une activité, si elle a besoin d'aide ou si elle peut la réaliser de façon normale. Un autre questionnaire fréquemment utilisé est le ADL-PI - *Activities of Daily Living-Prevention Instrument* qui comprend aussi 15 éléments évaluant la performance d'activités complexes de la vie quotidienne. La performance est évaluée sur une échelle de 3 points allant de 0 - sans difficulté à 2 - beaucoup de difficultés, et cinq questions sur la fonction physique nécessitant une réponse « oui » ou « non » (p. ex., troubles sensoriels). L'ETUQ - *Everyday Technology Use Questionnaire* est également fréquemment utilisé. Ce questionnaire s'adresse aux individus eux-mêmes. Il est composé de 86 items portant sur l'interaction et l'utilisation avec la technologie à la maison, telle que lave-vaisselle et les services bancaires par Internet et à l'extérieur (p. ex., guichet automatique).. L'ETUQ évalue dans quelle mesure les personnes 1 - perçoivent les technologies comme pertinentes, 2 - ont des difficultés à utiliser les technologies quotidiennes et 3 - n'utilisent pas les technologies qu'elles jugent pertinentes ou ont utilisées auparavant. Enfin, l'*Everyday Problems Test (EPT)* est un questionnaire comprenant 42 questions à choix multiple utilisé pour évaluer la résolution de problèmes liés à l'utilisation de médicaments, à la préparation de repas,

à l'utilisation du téléphone, aux achats, à la gestion financière, à la gestion du ménage et au transport. Un score total est calculé par le biais d'une cotation dichotomique (réussite ou échec).

Les études portant sur l'évaluation des impacts fonctionnels du TCL, par le biais de questionnaires, utilisent généralement des études transversales comparatives. Ils utilisent des échantillons formés de personnes âgées saines, des personnes atteintes d'un TCL et de personnes en début de démence ; parfois, les études sont uniquement composées de personnes atteintes d'un TCL en comparaison avec des personnes atteintes de la MA. L'âge des sujets varie de 55 ans à 95 ans, et le nombre d'années de scolarité des participantes (en lien avec la réserve cognitive) est varié parmi les études. Cette variété dans les échantillons de participants rend d'ailleurs les comparaisons difficiles entre les études. De plus, les participants sont soumis à des tests neuropsychologiques et à une variété de questionnaires mesurant l'indépendance fonctionnelle de différentes façons (Giovannetti et al., 2008 ; Gold, 2012; Schmitter-Edgecombe et Parsey, 2014). Ainsi, Belchior et al. (2015) ont identifié un grand nombre d'activités mesurées auprès des personnes atteintes d'un TCL dans les écrits scientifiques, variant grandement d'une étude à l'autre ; par exemple les compétences financières, la gestion des médicaments, le magasinage, l'utilisation du téléphone, les activités d'autosoins, l'utilisation des moyens de transport, préparer un café, d'entre autres. De plus, pour la majorité, ces questionnaires n'étaient pas validés dans le cadre des TCL.

Malgré l'hétérogénéité des questionnaires utilisés et des activités mesurées, les études tendent à montrer que les personnes atteintes d'un TCL ont moins de difficultés que les personnes atteintes de la MA, mais plus que les individus âgés sains dans les activités évaluées. Plusieurs auteurs (Brown, 2011 ; Rodriguez-Bailón et al., 2015; Wesson, et al., 2017; Zoller et al., 2014) ont montré que les AIVQ suivantes étaient particulièrement atteintes dans le TCL : payer ses factures, utiliser un chèque, rassembler les données fiscales et se souvenir de ses rendez-vous. D'autres auteurs, tels que Brown (2011) et Rodriguez-Bailón et al. (2015), ont identifié des difficultés à débiter une activité, à résoudre des problèmes (c'est-à-dire si, pendant la réalisation d'une activité quotidienne les choses ne sont pas à la place où elles sont d'habitude, ou s'il manque un objet pour compléter une activité) et à utiliser d'autres objets afin d'atteindre son but. D'autres, comme Zoller et al. (2014), ont plutôt observé des difficultés à rester attentif à une émission de télévision ou à chauffer de l'eau et à éteindre le poêle.

Parmi toutes les études qui ont fait des évaluations en utilisant des questionnaires, les personnes atteintes d'un TCL obtiennent une performance différente des autres groupes évalués, mais les difficultés sont décrites uniquement comme étant plus ou moins grandes en comparaison aux autres groupes. Ces difficultés ne sont pas qualifiées davantage et il n'est donc pas possible de savoir spécifiquement comment distinguer ces difficultés de celles des autres groupes. De plus, malgré les avantages de ce type de questionnaire, telles que leur rapidité, leur simplicité et leurs faibles coûts d'administration, plusieurs ne sont pas assez sensibles pour détecter les signes très précoces d'une diminution de fonctionnement dans les AIVQ chez une personne âgée. Par exemple, plusieurs de ces tests présentent seulement un score global incluant à la fois les AIVQ et les ABVQ, ou encore un système de cotation impliquant une simple dichotomie du type capable/incapable ou dépendant/indépendant. Ces questionnaires ne permettent donc pas d'obtenir une mesure des difficultés plus subtiles du type « paie ses factures deux fois dans une même journée », ou « oublie la date de paiement » (Bier et al., 2016).

De plus, ces questionnaires présentent aussi la limite d'être biaisés par ce que la personne perçoit de son fonctionnement. Il a été démontré que les personnes âgées ont tendance à mal estimer leurs habiletés à réaliser des activités quotidiennes (Hilton, 2001 ; Suchy, Kraybill, & Franchow, 2011). Par ailleurs, presque la moitié des proches aidants ont tendance à surestimer le fonctionnement de leur proche, particulièrement lorsque la personne présente un TCL (Doble, Fisk, & Rockwood, 1999). Goldberg et al. (2010) ont même montré que des difficultés significatives dans les AIVQ pouvaient être détectées par les professionnelles de la santé, auprès de personnes avec TCL considérées comme indépendantes par leur entourage. Il est donc important de ne pas se limiter à une évaluation des activités quotidiennes par le biais de questionnaires. De plus, il apparaît que les études ayant utilisé cette approche pourraient surestimer ou sous-estimer l'impact réel du TCL dans la vie quotidienne et les informations qui en ressortent sont ainsi peu précises pour soutenir le jugement clinique (Bier et al., 2016).

2.2.2.2 Évaluation par l'observation du fonctionnement

Un autre type de mesures du fonctionnement dans les activités quotidiennes consiste à observer la personne lorsqu'elle réalise une activité. Ces tests peuvent être des simulations de tâches quotidiennes imposées par l'évaluateur, qui peuvent se faire au domicile ou non (Baum

& Edwards, 1993 ; Baum et al., 2008; Chevignard et al., 2008; Schwartz, Segal, Veramonti, Ferraro, & Buxbaum, 2002). Par exemple, on peut demander à la personne de préparer un repas précis dont les ingrédients sont mis à sa disposition. Il existe également des tests qui visent plutôt à observer la personne dans son environnement lorsqu'elle effectue des activités de son choix (Bottari, Dassa, Rainville, & Dutil, 2010 ; Doble, et al., 1999 ; Dutil, et al., 2004; Nott, Chapparo, & Heard, 2009).

Dans ces études, les chercheurs comparent souvent trois groupes d'individus, soit des personnes âgées cognitivement saines, des personnes atteintes du TCL et des personnes âgées atteintes d'un début de démence. Parmi les principales activités qui sont évaluées dans les études comparatives mentionnées se trouve : cuisiner, prendre des médicaments, utiliser le téléphone, utiliser la technologie de tous les jours et gérer leurs finances (Giovannetti et al., 2008 ; Schmitter-Edgecombe & Parsey, 2014, Wadley et al., 2009). Dans toutes ces tâches évaluées, la performance des personnes atteintes du TCL se situe toujours entre celles des personnes saines et celles en début de démence (Jekel et al. 2015). Les études observent que les personnes présentant un TCL font plus d'erreurs de commission (ex. réaliser les étapes d'une tâche de façon incorrecte) et d'omission (ex. oublier des étapes) en comparaison aux personnes âgées saines. Cependant, en comparaison aux aînées en début de démence, les personnes présentant un TCL font moins d'erreurs. Les erreurs d'omission ont été directement liées à l'augmentation de l'âge et ce facteur est donc contrôlé systématiquement dans les études lors des analyses statistiques ou en utilisant des groupes appariés pour l'âge. Ce type d'erreur (omission) est un point différentiateur entre les personnes âgées saines et celles atteintes d'un TCL.

Par exemple, les études de Giovannetti et al. (2015), Griffit et al., (2003) et Schmitter-Edgecombe et Parsey (2014), ont utilisé l'observation directe des activités en laboratoire. Les participants ont reçu des consignes pour réaliser chacune des activités et un évaluateur observait leur performance. Les activités évaluées dans l'étude de Schmitter-Edgecombe et Parsey (2014) étaient : balayer/dépoussiérer, distribuer les médicaments, remplir une carte d'anniversaire et un chèque, regarder un DVD, arroser des plantes d'intérieur, passer un appel téléphonique, faire une soupe et sélectionner des vêtements. L'étude de Giovannetti et al., (2015) évaluait trois activités : préparer des rôties avec du beurre/gelée, envelopper un cadeau et préparer une boîte à lunch. Dans les deux études, les participants avec un TCL (n = 55) ont commis plus d'erreurs

d'omission en comparaison au groupe contrôle qui était composé de personnes âgées saines (n=88), ce qui permet de dire (selon les auteurs) que ce type d'erreur caractérise mieux les personnes atteintes d'un TCL. Schmitter-Edgecombe et Parsey (2014) suggèrent ainsi qu'au cours du vieillissement normal, les personnes âgées présentent des erreurs de commission qui n'interfèrent pas de façon significative dans l'accomplissement de la tâche. De même, des erreurs d'omissions subtiles permettent l'accomplissement de la tâche malgré les oublis de certaines étapes. Toutefois, la présence accrue de ces erreurs d'omission caractériserait les personnes atteintes du TCL. L'individu présentant des erreurs plus sévères à la fois de commission et d'omission, compromettant la réalisation des activités, serait atteint de démence.

Patricia et al. (2015) ont également observé la performance des individus présentant un TCL au cours de quelques activités et noté les erreurs commises. En cuisinant, par exemple, la personne atteinte d'un TCL n'était plus capable de faire plusieurs choses en même temps, et le repas n'était pas servi à temps. L'autre activité évaluée était l'utilisation de la technologie dans lesquels les participants atteints d'un TCL n'étaient plus capables de gérer la télévision numérique, ni le téléphone cellulaire surtout en ce qui concerne le déverrouillage (ils entraient le mauvais code).

L'évaluation directe a ainsi permis d'avoir une idée plus précise des changements qui peuvent arriver dans le continuum du vieillissement. Cependant, malgré l'effort des chercheurs pour simuler un environnement naturel, les activités ont été évaluées dans un contexte artificiel où des consignes précises ont été données, ce qui peut avoir influencé la performance des sujets (Bier et al., 2015; Bottari, Dassa, Rainville, & Dutil, 2009).

2.2.2.3 L'impact fonctionnel du TCL à partir de la perspective des personnes elles-mêmes : l'utilisation de l'entrevue

Dans son étude, De Vriendt et al. (2012) voulaient connaître la perception de la personne atteinte d'un TCL de son indépendance dans la vie quotidienne. Pour se faire, ils ont réalisé des entrevues avec des personnes présentant tous les sous-types de TCL amnésiques. Les auteurs mentionnent trois catégories d'activité de la vie quotidienne, soit : les activités de base, les

activités instrumentales et les activités avancées. Celles-ci sont des activités considérées comme étant satisfaisantes pour l'individu et pourtant sont directement liées à leurs volonté et motivation pour les accomplir, elles sont influencées par la culture. Ce sont des activités complexes exigeant des habiletés cognitives, physiques, psychologiques et environnementales pour être performées selon ces auteurs (De Vriendt et al., 2012). L'accent dans leur étude a été mis sur cette dernière catégorie. Trente-sept participants ont été recrutés à partir de deux hôpitaux de jour. Ils ont participé à une entrevue qui consistait à décrire une journée typique. Ils devaient relater leur participation dans les activités quotidiennes et les changements possiblement vécus pour les réaliser. Malgré le fait que les participants ne mentionnent pas spécifiquement de difficultés découlant de problèmes cognitifs, ils rapportent des problèmes subtils dans les activités avancées. Toutes les activités mentionnées lors de l'entrevue ont été regroupées selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, 2001). Tous les individus se trouvaient engagés dans des activités significatives. Les principaux obstacles rencontrés étaient d'apprendre de nouvelles choses, de réaliser une activité dans la séquence attendue, d'initier et de continuer une activité. Ils ont mentionné le besoin de mettre plus d'énergie et d'effort pour réaliser les activités et que, parfois, ils n'avaient pas les résultats attendus. Pour certain, le sentiment d'inefficience a causé l'abandon de plusieurs activités. Pour d'autres, malgré toutes ces difficultés, ils ont choisi de continuer à s'engager dans leurs activités. Ce type d'entrevue présente des limites liées au fait que la personne doit rapporter ses propres difficultés cognitives, alors qu'elle souffre entre autres de problèmes de mémoire. Malgré cela, les difficultés citées par les participants sont en accord avec les études quantitatives qui ont utilisé l'observation de la tâche. Ces résultats permettent aussi d'avoir un profil plus précis des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

Une autre étude réalisée par Gordon et al. (2015) avaient pour but de connaître la perspective des personnes présentant un TCL amnésique. Des entrevues réalisées individuellement et en groupe ont abordé les compétences conversationnelles, la compréhension de matériel écrit, les activités complexes de la vie quotidienne, les corvées, la planification financière / l'organisation et la capacité à mener des processus en plusieurs étapes. Dans cette étude les auteurs classifient les activités de la vie quotidienne en trois types : ABVQ, AIVQ et les activités complexes de la vie quotidienne, c.-à-d. des activités demandant un plus haut niveau

de fonctionnement cognitif, comme l'organisation d'activités de loisir. Les participants ont mentionné des difficultés pour suivre une conversation en groupe, des problèmes pour comprendre des blagues ainsi que l'oubli de noms, ces difficultés contribuant à la diminution de leur participation sociale. De la même façon que dans l'étude de De Vriendt et al. (2012), les participants ont mentionné leurs difficultés à apprendre de nouvelles choses et à planifier les tâches. Les activités financières ont été mentionnées par les participants comme étant celles où ils rencontrent le plus de difficultés. Contrairement aux résultats de De Vriendt et al. (2012), les participants de l'étude de Gordon et al. (2015) ont mentionné des relations entre les changements cognitifs et leur fonctionnement quotidien.

En somme, les entrevues ont permis de montrer que les individus présentant un TCL ont des difficultés dans la réalisation des AIVQ (plus importante que chez les individus sains). Ces résultats concordent avec ceux obtenus par l'utilisation d'autres types d'évaluations, tout en apportant plus de précisions.

2.4 Démence

La démence se définit comme une maladie neurodégénérative qui entraîne une perte de l'indépendance dans la vie quotidienne causée par des altérations cognitives progressives, rencontrées dans un ou plusieurs domaines (Bourin, 2015; Delacourte, Campion, & Davous, 2007; Dubois et al., 2010). Actuellement, 50 millions de personnes dans le monde souffrent d'une démence, et ce nombre triplera en 2050 (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Au Canada, une personne de plus de 65 ans sur 11 est touchée par cette maladie, ce qui donne un total de 402 000 Canadiens et 50 millions dans le monde (Gouvernement du Canada, 2010). Plusieurs maladies peuvent causer une démence : la maladie d'Alzheimer (MA), le type le plus commun, est responsable de 60 à 70 % des cas (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Les autres formes fréquentes sont la démence vasculaire, la démence fronto-temporale, la démence à Corp de Lewy, la lésion cérébrale traumatique, ou liée à une substance ou à un médicament, et la démence associée à la maladie de Parkinson. En 2015, le rapport de l'organisation Alzheimer's Disease International estime à 818 milliards de dollars le coût annuel de la maladie dans le monde, soit plus de 1 % du PIB mondial. Ce chiffre serait en hausse de 35 % par rapport

à une évaluation effectuée par l'OMS cinq ans auparavant (Organisation mondiale de la Santé, 2018).

Dans le DSM -V, la démence est maintenant nommée « trouble neurocognitif majeur ». De façon plus spécifique, les critères de diagnostic de la démence selon le DSM-V sont (<http://www.psychomedia.qc.ca/>) :

- Présence de changements sur le plan cognitif, signalés par le patient, par ses proches ou par un clinicien, et confirmés par de testes neuropsychologiques ou autres tests cliniques reconnus ;
- Besoin d'aide pour la réalisation des AIVQ ;
- Présence de déficits cognitifs même en l'absence d'un delirium ;
- Les symptômes ne seront expliqués que par une démence, c.-à-d. toutes les causes pour les changements pointent vers la démence. Toutes les autres causes possibles pour ces changements ont été exclues.

La maladie d'Alzheimer est plus spécifiquement une maladie dégénérative caractérisée par des lésions du cortex cérébral causées par le dépôt anormal de protéines tau, qui sont responsables de maintenir la structure du neurone (Delacourte, Campion, & Davous, 2007). Ce dépôt anormal se produit à l'intérieur et à l'extérieur des neurones et, en grande quantité, forme des plaques amyloïdes. Ces plaques causent une interruption des synapses et par conséquent, la dégénérescence du neurone (Brooks & Loewenstein, 2010). La progression de cette maladie peut se présenter de différentes façons, plus ou moins rapide et difficile à prédire. Cependant, on sait que la maladie atteindra tous les domaines de la vie de la personne et mènera à la mort dans une période allant de 2 à 20 ans (Société Alzheimer, 2018)).

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de mémoire épisodiques sont les premiers signes observables par les personnes atteintes elles-mêmes et par leurs proches. L'oubli des rendez-vous, poser la même question plusieurs fois et la perte des objets personnels peuvent être présents à cause des troubles mnésiques (Bourin, 2015; Simon & Bastin, 2015). Ces difficultés s'expliquent par la présence de troubles à associer, encoder et récupérer de nouvelles informations en mémoire épisodique (Isingrini & Taconnat, 2008). Au-delà de la mémoire, d'autres fonctions cognitives sont affectées et l'individu pourrait présenter des troubles des

fonctions exécutives, du langage (aphasie), des troubles moteurs (ex., apraxie), des troubles de la reconnaissance des informations sensorielles (ex., agnosies), des troubles d'orientation et des troubles liés à l'incapacité à reconnaître sa maladie, c.-à-d. l'anosognosie.

Sur le plan comportemental, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer présentera des changements importants avec l'évolution de sa maladie. À titre d'exemples, les personnes peuvent avoir des idées de persécution, ainsi qu'une perte d'intérêt pour leurs activités, de l'irritabilité, de la culpabilité et de l'apathie. Les hallucinations visuelles et auditives peuvent aussi être présentes (Bourin 2015, Peschanski 1989).

Ces modifications cérébrales entraînent également une perte graduelle des capacités pour réaliser les activités de la vie quotidienne et les personnes deviennent complètement dépendantes dans les stades avancés de la maladie (Reisberg et al., 2003). L'impact fonctionnel de la démence est généralement classé en stades, qui peuvent faire référence au degré de la maladie, par exemple léger, modéré ou avancé; dans d'autres cas, les stades sont plus spécifiques et dépendent des difficultés présentées par la personne. Une échelle très utilisée pour classer l'impact fonctionnel de la démence est l'échelle de Reisberg (Reisberg et al., 1984), qui catégorise la démence en sept stades selon le déclin cognitif du patient. Chaque stade comprend la description des caractéristiques fonctionnelles, comportementales et psychiatriques qui lui est propre. On ne retrouve pas de démence dans les trois premiers stades, cependant elle est présente dans les quatre stades suivants, allant de la démence légère à sévère.

Voici une courte description de chaque stade : 1) premier stade : sans déclin cognitif, la personne ne présente pas de plaintes subjectives de la mémoire. 2) deuxième stade : déclin cognitif très léger lié à l'âge, il existe des plaintes subjectives de la mémoire, mais celles-ci ne peuvent pas être détectées par des tests objectifs et elles n'interfèrent pas dans le fonctionnement quotidien du patient. 3) troisième stade : déclin cognitif léger (TCL), le patient présente des problèmes dans son fonctionnement quotidien qui sont normalement perçus par les personnes qui le côtoient, les difficultés de mémoire peuvent être confirmées par des entrevues. 4) quatrième stade : déclin cognitif modéré (démence légère), l'existence des déficits de mémoire, surtout dans la mémoire épisodique, est confirmée par des entrevues. Il y a une diminution de la capacité de voyager et de gérer ses finances. 5) cinquième stade : déclin cognitif de modéré à sévère (démence modérée), le patient a besoin d'aide dans quelques domaines de sa vie

quotidienne, par exemple pour choisir ses vêtements. De plus, il y a la présence d'une désorientation temporelle. Malgré les déficits de mémoire, il est capable de se rappeler des noms de ses proches (enfants et conjoint). 6) sixième stade : déclin cognitif sévère (démence modérément sévère), il y a une importante perte de la mémoire, le patient ne se rappelle plus les noms de membres de sa famille et seulement la mémoire superficielle de sa vie passée persiste. À ce stade, il y a une dépendance majeure dans les activités de la vie quotidienne et la présence de symptômes psychiatriques, comme les hallucinations. 7) dernier stade : déclin cognitif très sévère (démence sévère), en plus de tous les symptômes précédents, la personne présente un déclin dans ses habiletés verbales, incontinence urinaire et une importante diminution de ses capacités motrices, par exemple, la marche.

Ainsi, la démence, et particulièrement la maladie d'Alzheimer, se distingue du vieillissement normal et du TCL par l'ampleur de ses difficultés dans les AIVQ et par la présence éventuelle de difficultés fonctionnelles dans les ABVQ.

2.5 L'ergothérapie : rôle de cette profession dans l'évaluation des impacts fonctionnels liés au vieillissement

De nombreux professionnels travaillent auprès des personnes atteintes d'un TCL. Parmi eux, l'ergothérapeute est un professionnel de la santé dont le champ de compétence principal est le suivant (Office des professions, 2018, p.24) :

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

Ainsi, l'ergothérapeute est amené à évaluer fréquemment des personnes présentant un TCL ou une MA et son jugement clinique est mis à contribution pour soutenir l'émission d'un diagnostic, ou encore, pour déterminer un plan d'intervention. Pourtant, à ce jour, aucune étude n'a exploré la perspective de ces professionnels de la santé sur les impacts fonctionnels qu'ils observent dans leur pratique clinique quotidienne auprès de ces clientèles. Leur perspective

pourrait permettre de confirmer, ou encore d'identifier, des comportements observables propres à chacune de ces conditions et soutiendrait ainsi une meilleure compréhension de ces phénomènes.

Dans le cadre actuel de leur pratique, il est important de mentionner que les ergothérapeutes québécois n'évaluent pas les troubles cognitifs rencontrés dans le TCL ou la démence dans l'objectif de faire un diagnostic neuropsychologique. En effet, le Code de profession, qui a été modifié en 2009, précise que l'établissement d'un diagnostic neuropsychologique est effectué par les psychologues accrédités pour le faire. L'ergothérapeute peut toutefois apprécier la cognition ou en effectuer le dépistage. Ce dernier consiste à trier parmi les personnes non diagnostiquées, celles qui ont une probabilité d'avoir un trouble de celles qui n'en ont pas. Après le dépistage, les personnes ayant une probabilité d'être atteintes doivent passer par des évaluations pour confirmer ou non la suspicion. L'appréciation comporte l'examen des indicateurs, c'est-à-dire les difficultés répertoriées à partir des observations ou de tests (Guide d'application de la Loi 90). Dans ce contexte, il est possible que certains ergothérapeutes préfèrent s'appuyer sur des tests cognitifs pour le dépistage, plutôt que sur des tests fonctionnels. Le Code des professions, qui a suivi le projet de Loi 21, reconnaît toutefois que le champ de compétences des ergothérapeutes touche spécifiquement l'évaluation de l'impact fonctionnel lié à ces troubles cognitifs, en utilisant diverses méthodes de dépistage ou d'évaluation fonctionnelle. Ainsi, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans l'identification du TCL, tout en restant conformement avec la loi. Ainsi, les ergothérapeutes doivent prioriser l'évaluation de l'impact d'un TCL sur les activités quotidiennes. Ils peuvent toutefois compléter leur bilan fonctionnel par un dépistage, ou une appréciation des fonctions cognitives, via des tests cognitifs standardisés.

L'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) a créé un document appelé « Processus décisionnel soutenant l'évaluation en ergothérapie d'adultes et d'aînés présentant des incapacités cognitives ou perceptuelles » afin de soutenir la pratique de l'ergothérapie dans le domaine de la cognition. Le document est composé de questions réflexives qui aident les professionnels dans leur prise de décision sur le besoin de faire des évaluations auprès de cette population spécifique. L'objectif est de rester dans le champ d'expertise de l'ergothérapie, à savoir le fonctionnement de l'individu dans son quotidien; donc s'il n'existe pas de difficultés

fonctionnelles suspectées, il est préférable de ne pas réaliser l'évaluation. Ce processus décisionnel est composé de 6 étapes : 1) Étape 1 : le professionnel doit se poser la question : doit-on procéder à une évaluation en ergothérapie (ou la poursuivre) ? Si après vérification la réponse est positive, on passe à l'étape 2 et ainsi de suite. 2) Étape 2 : La planification : préparer l'évaluation et vérifier toutes les données disponibles. Il faut très bien justifier le motif de l'évaluation. 3) À l'étape 3, l'ergothérapeute détecte des problèmes cognitifs spontanés à travers l'observation de l'individu sans l'aide de tests de dépistage. 4) L'étape 4 : une évaluation sommaire est réalisée, cette évaluation a pour but de connaître l'impact des problèmes cognitifs sur le fonctionnement du patient. Pour se faire, l'ergothérapeute peut utiliser à la fois l'observation libre et l'observation systématique à l'aide ou non d'un instrument de mesure standardisé. 5) À l'étape 5 on effectue une évaluation approfondie pour mieux comprendre les impacts des difficultés cognitives du sujet dans la vie de tous les jours. À cette étape plusieurs façons peuvent être utilisées pour faire cette évaluation, et finalement, 6) à l'étape 6, on retrouve : l'analyse, l'opinion professionnelle, les recommandations, et le plan d'intervention.

Le professionnel en ergothérapie doit donc montrer les forces et faiblesses du patient en ce qui concerne les habiletés fonctionnelles, pour ensuite faire des recommandations et déterminer un plan d'intervention selon leur contexte.

2.6 La méthode du sondage pour obtenir la perception des professionnelles

Selon Blais et Durand (2002), il existe plusieurs façons d'explorer l'opinion des professionnels sur un phénomène lié à leur pratique. Il faut bien maîtriser ces types, afin de faire le choix le plus approprié pour chaque question de recherche ; notamment ceux présentant un coût-bénéfice adéquat et en tenant compte du temps disponible des personnes impliquées. Les méthodes les plus utilisées sont : l'entrevue semi-dirigée en personne ou téléphonique, les entrevues de groupes (ex. groupes de discussion), les questionnaires autoadministrés (c.-à-d. un questionnaire dont le contenu a été validé et est fidèle) et les sondages (enquêtes statistiques, généralement rapides, pour dresser un portrait d'un phénomène). Dans notre étude, afin de

pouvoir effectuer un premier portrait global de la pratique clinique, nous avons opté pour le sondage.

Plusieurs éléments doivent être considérés afin de réaliser un bon sondage et de s'assurer d'obtenir des réponses les plus représentatives de la réalité (Blais et Durand, 2002). Par exemple, il faut s'assurer en premier lieu de la réceptivité des informateurs, afin de s'assurer de leur collaboration après les avoir contactés par différents moyens. Ensuite, il faut s'assurer de la capacité des informateurs de répondre au sondage. Ainsi, les questions doivent être claires. Il est également important d'offrir des circonstances permettant aux informateurs de donner des réponses représentatives de la réalité ; par exemple éviter les méthodes qui pourraient provoquer des malaises (honte, gêne, etc.). Également, il est important d'assurer un enregistrement fidèle des réponses, afin d'éviter des biais lors de l'analyse des données.

Selon Blais et Durand, (2002) il y a plusieurs devis pouvant être utilisés lors de l'administration d'un sondage, qui peut dépendre du nombre de fois que celui-ci sera administré. Ainsi, le sondage peut être ponctuel (une fois) ou longitudinal (plusieurs fois); chacun ayant ses avantages et ses désavantages. Le sondage ponctuel est peu coûteux et peut être utilisé quand les questions sont simples. Cependant, ce type de sondage ne permet pas un suivi qui pourrait mettre en évidence de possibles changements ou évolution de la perspective des professionnels avec le temps. Dans ce cas, le sondage longitudinal est plus approprié. Il peut être administré plusieurs fois au même échantillon (panel longitudinal) ou il peut être administré à des échantillons différents d'une même population, à différentes périodes de temps.

Blais et Durand, (2002) mentionnent que différents modes d'administration du sondage peuvent également être utilisés, soit par des entrevues, soit par des questionnaires autoadministrés. En ce qui concerne les entrevues, il est possible d'utiliser deux méthodes afin de contacter les informateurs : par téléphone ou en face à face. Pour les questionnaires autoadministrés, l'envoi peut se faire par courrier postal ou en ligne. Lors de la sélection de la méthode, il faut toujours tenir compte de celle qui permettrait de recueillir les réponses de façon efficace; par exemple prendre en considération la localisation de la population cible, car il existe des populations habitant à des endroits difficiles d'accès.

Le taux de réponse est également un élément clé à considérer dans les sondages, afin d'avoir des résultats représentatifs de la population sondée (Blais & Durand, 1997). Certaines méthodes favorisent plus ce taux que d'autres. Lors de l'entrevue par téléphone par exemple, il faut penser à la disponibilité du répondant. Normalement les individus travaillent ou étudient pendant la journée, ce qui les empêchent de répondre aux appels. Donc, le sondage par téléphone risque de présenter un taux de réponse faible. Aussi cette méthode peut mener à de fausses réponses étant donné le contact direct avec l'intervieweur ; la personne peut vouloir impressionner ! Cette méthode peut aussi être coûteuse, car elle demande du temps et des ressources en termes de personnel de recherche. Concernant l'entrevue en face à face, celle-ci entraîne le même problème que les entrevues par téléphone, soit l'obtention de réponses potentiellement modifiées (biais de désirabilité sociale). Ce problème peut être plus marqué dans cette méthode, car l'intervieweur est vu par le participant. Le fait que les participants peuvent être isolés géographiquement constitue un autre obstacle que les chercheurs peuvent affronter en utilisant cette méthode, en plus d'être très onéreuse. En revanche, ce moyen permet l'utilisation d'aides visuelles pour bonifier les questions et l'avantage majeur de pouvoir utiliser des questions ouvertes. Un autre avantage de l'entrevue face à face serait que, normalement, les participants offrent une disponibilité d'au moins une heure pour répondre aux questions.

Lorsque les sondages sont envoyés par la poste, ils sont moins coûteux comparativement aux moyens décrits précédemment. Aussi, ils rendent l'accès plus facile aux répondants dans la mesure où tout le monde possède une adresse postale. Les sondages en ligne sont également de plus en plus utilisés, puisqu'un grand nombre de personnes possède un accès à internet. Ces types de sondage (postaux ou en ligne) favorisent une baisse du biais de désirabilité sociale. Ainsi les personnes se sentent plus à l'aise pour répondre aux questions sensibles auxquelles elles ne voudraient pas répondre face à une autre personne. Dans cette approche, le taux de réponse peut varier énormément, car les informateurs se sentent moins obligés d'y répondre, compte tenu de l'absence de l'intervieweur. Des rappels téléphoniques ou par courriel peuvent être faits afin de résoudre cette problématique. Il est recommandé de faire deux à trois rappels pour augmenter le taux de réponse (Munoz-Leiva et al., 2009). Les taux attendus sont généralement de 25 à 30% (Cook, Heath & Thompson, 2000). Ce taux de réponse est important

pour avoir un échantillon représentatif de la population à l'étude (Blais & Durand, 1997). Le taux recommandé serait de 60 à 80% (Dillman, 1991).

En résumé, ce chapitre nous a montré le cours du vieillissement et ces principaux défis en ce qui concerne l'identification des changements cognitifs, ainsi que la difficulté d'associer les impacts fonctionnels spécifiques découlant de tels changements. De plus, ce chapitre démontre le besoin de mieux délimiter chaque état soit le vieillissement normal, le TCL et la démence débutante, et ainsi utiliser des outils d'évaluation adéquats. Aussi des outils plus sensibles aideraient dans la détection des changements subtils présents dans le TCL. Le rôle important de l'ergothérapeute en tant que professionnel de la santé qui évalue le fonctionnement des individus affectés par une maladie comme le TCL ou MA est également mis en évidence. Il est noté que son jugement clinique est mis à contribution pour soutenir l'émission d'un diagnostic, ou encore, pour déterminer un plan d'intervention. Connaître la perception des ergothérapeutes du TCL serait ainsi un atout pour approfondir le concept de TCL et son impact sur le fonctionnement quotidien. Finalement, ce chapitre aborde les différentes façons de documenter la perspective des professionnels de la santé et se concentre spécifiquement sur le sondage, mode choisi pour ce travail de maîtrise, en faisant ressortir ses forces et ses faiblesses.

2.7 Objectifs du projet de recherche

L'objectif général de ce projet de maîtrise est d'explorer la perspective des ergothérapeutes concernant l'impact fonctionnel du TCL. Les objectifs spécifiques sont de documenter la perspective des ergothérapeutes sur les aspects suivants : 1) les principaux domaines dans lesquels cette condition entraîne des difficultés (ex. ABVQ ou AIVQ) ; 2) les activités plus spécifiquement atteintes (ex. gestion des finances, préparation de repas); 3) les comportements observables (ex. les erreurs produites) ; 4) les outils d'évaluations utilisés pour évaluer l'impact fonctionnel du TCL ; 5) leurs connaissances des évidences scientifiques dans le domaine et à quel point ils sont confiants dans leur identification du TCL.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons choisi le sondage en ligne, pour les raisons énumérées ci-dessus (ex., rapide et peu coûteux). La méthodologie est présentée dans la section suivante.

Chapitre 3 Méthodologie

Ce chapitre présente le dispositif de recherche du projet, la population cible, le questionnaire ainsi que les analyses descriptives et statistiques réalisées. Le projet de recherche a été accepté par le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie du CIUSSS-Centre-sud-de-l'île-de-Montréal Québec, Canada.

3.1 Dispositif de recherche

Cette étude a été réalisée en trois étapes : 1) conception du sondage, 2) envoi du sondage; et 3) synthèse et analyses des résultats.

3.1.1 Étape 1. Le sondage

Le sondage en français a été développé à partir d'une revue rapide de la littérature et la consultation de deux experts dans le domaine (Forstmeier et al., 2012; Fan & Yan, 2010). La revue rapide de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Medline, Google Scholar, Embase, Web of Science et CINHALL. Les mots clés utilisés ont été : mild cognitive impairment, everyday activity, everyday functioning, functional changes activity everyday, dementia. Nous avons identifié 406 articles reliés aux changements fonctionnels dans le vieillissement; 180 ont été exclus pour les raisons suivantes : ils n'étaient pas liés aux AVQ, soit instrumental ou de base, aucune évaluation de l'état cognitif n'était rapportée. Finalement, 233 articles ont été gardés. De ces articles, l'information spécifique concernant les activités évaluées et la performance des personnes atteintes d'un TCL dans ces activités ont été extraites. Ce processus a permis d'identifier que les changements les plus importants observés chez les personnes atteintes du TCL se retrouvent dans la réalisation des AIVQ. Le sondage est également basé sur les définitions et la classification des activités selon le *Profil des AVQ* (Bier et al., 2016; Dutil, Forget, Vanier & Gaudreault, 1990), un outil d'observation qui a défini plus de 24 activités quotidiennes. De plus, le sondage est basé sur les quatre opérations définies par l'outil, liées à la réalisation des activités quotidiennes (formuler le but, planifier, exécuter,

vérifier). Ces quatre opérations permettaient de bien décortiquer les difficultés possibles des TCL à travers différents aspects liés à la réalisation indépendante d'une activité.

Après la première formulation des questions, plusieurs rencontres avec deux experts (Nathalie Bier et Patricia Belchior) ont eu lieu pour confirmer la cohérence des questions, leurs formulations, le choix de l'échelle de réponse et pour s'assurer que les questions couvraient tous les points pertinents à ce sujet. Après chaque rencontre, des modifications ont été faites jusqu'à la formulation finale. La version finale a été soumise à un groupe de 10 ergothérapeutes travaillant en gériatrie par courriel, ce qui a permis de valider le contenu, la clarté et la cohérence des questions, de s'assurer que l'ordre des questions était approprié et de valider le temps de passation. De façon plus spécifique, les ergothérapeutes ont reçu un lien vers le sondage. Ils ont ensuite envoyé leurs commentaires par écrits via courriel. Après avoir lu tous les commentaires, nous avons regroupé les commentaires par question. Après avoir identifié les points communs entre les commentaires, nous avons fait les modifications nécessaires. Ainsi, nous avons suivi toutes les modifications proposées. La prise en compte des commentaires des professionnels a permis de produire la version finale du questionnaire.

Il est important de noter que le questionnaire a été conçu de façon à pouvoir également être envoyé dans le Canada anglais. Ainsi, une terminologie plus englobante a été choisie, donc non uniquement liée à la terminologie spécifique du Code des professions québécois avec laquelle le reste de la profession n'est pas familière (ex., évaluation vs appréciation; le terme évaluation a été gardé). Ce travail correspond à la première étape du projet avec les ergothérapeutes du Québec.

Le questionnaire final comprend les thèmes suivants: 1 – La connaissance du TCL et les activités les plus affectées; 2 – Les types de difficultés fonctionnelles présentées et la façon de les distinguer de celles que l'on rencontre dans un vieillissement normal; 3 – Les méthodes et les instruments de mesure utilisés pour identifier le TCL; 4 – La facilité à intégrer des nouvelles pratiques cliniques. Le questionnaire contenait 34 questions réparties en trois sections : les sections 1 (Q1-5) et 3 (Q28-34) étaient sur les données démographiques, et la section 2 (Q6-27) se rapportait à la connaissance du TCL (Note : compte tenu des délais liés à la maîtrise et de la complexité de ce volet lié au TCL, la question 18 portant sur l'intervention n'a pas été analysée dans ce travail et fera l'objet d'un travail subséquent). Le questionnaire a été hébergé par le site

Simplissondage.com et contenait des questions simples à choix multiples, quelques-unes d'entre elles ayant un espace pour un court développement au cas où la réponse du participant ne se trouverait pas parmi les options de réponse. À la fin du sondage, les ergothérapeutes avaient un espace pour donner leurs commentaires et faire des suggestions. Le temps moyen pour répondre au questionnaire a été de 10 à 15 min.

3.1.2 Étape 2. L'envoi du sondage

En novembre 2017, nous avons contacté l'OEQ par courriel afin de leur présenter le projet. L'Ordre nous a envoyé les critères nécessaires pour que le projet soit réalisable. Ces critères étaient : une description du projet de recherche; une confirmation de son acceptation par le comité d'éthique et le texte du message d'invitation, lequel devait comprendre les noms et coordonnées des personnes responsables du projet et l'indication de quels critères étaient utilisés pour la sélection des ergothérapeutes. Seulement les ergothérapeutes qui pratiquent auprès de la clientèle gériatrique ont été invités à participer au sondage. Un total de 2952 ergothérapeutes étaient inclus dans ce critère et parmi ceux-ci, 2598 ont donné leur consentement pour recevoir un courriel pour participer à des projets de recherche. Un courriel de rappel pouvait être envoyé dans un délai fixé avec le chercheur. Toutes les exigences ont été remplies et l'envoi du sondage s'est fait deux semaines après le premier contact avec l'OEQ. Une invitation en ligne a ainsi été envoyée par l'OEQ à 2598 professionnels. L'OEQ a plus spécifiquement envoyé un courriel à tous ses membres ayant accepté de répondre à de tels projets. Le courriel comprenait une copie du message d'invitation au projet, un lien web vers le questionnaire en ligne et les termes du consentement.

Lorsque l'envoi du courriel d'invitation a été fait, nous en avons été informés par l'OEQ, de même que lors de l'envoi du rappel qui a été fait deux semaines après le premier envoi. Par la suite, l'OEQ nous a transmis des renseignements statistiques sur les ergothérapeutes sélectionnés pour le sondage. Le sondage a été fermé deux mois après le premier envoi.

Un envoi a également été fait sur Facebook. Ainsi, le lien contenant le sondage en ligne a été posté sur la page Facebook des ergothérapeutes du Québec. Il s'agit d'un groupe formé pour les ergothérapeutes exerçant la profession au Québec (critère pour être membre) et qui a

pour but de promouvoir des échanges entre les professionnels. Deux rappels ont été faits: le premier après un mois et le deuxième après deux mois. Ce groupe comprend presque 4 000 membres.

Lorsque les participants avaient des problèmes pour accéder au sondage, ils nous ont contactés et les problèmes ont été résolus. Le consentement des participants était nécessaire pour participer au sondage, celui-ci était demandé en cliquant sur le lien contenu dans le courriel d'invitation, dans le cas de l'envoi fait par l'OEQ, ou simplement en cliquant sur le lien partagé sur Facebook, comme convenu avec le comité d'éthique de la recherche.

3.2 Population cible

Le sondage a utilisé un échantillon par convenance. Les critères d'inclusion pour le sondage étaient les suivants : 1) détenir un permis de pratique en ergothérapie valide au Québec; 2) pratiquer auprès de la clientèle gériatrique; 3) avoir une certaine connaissance du TCL. L'identité des participants ayant été préservée, les chercheurs n'avaient pas un accès direct à eux, sauf si les professionnels donnaient leur courriel pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche. Tous les répondants du sondage auront accès aux résultats finaux de la recherche, car ces derniers seront envoyés à l'OEQ afin qu'il les diffuse aux ergothérapeutes répondants et non répondants et seront aussi publiés sur la page Facebook des ergothérapeutes du Québec.

3.3 Analyses des résultats

Les données ont été exportées en format Excel à partir de SimpleSondage et ont été nettoyées avant d'être importées sur SPSS 25 pour Windows. Lors de l'importation sur Excel, la vérification que le même utilisateur n'avait pas répondu plus d'une fois au sondage était effectuée. Aussi, seulement les personnes avec le profil désiré dans l'enquête et qui ont complété à cent pour cent le sondage ont été choisies. À l'étape suivante, toutes les questions fermées ont été codées. Les questions ouvertes ont été standardisées avant d'être codifiées, car les mêmes réponses ont été écrites de différentes façons. Finalement, une analyse a été réalisée pour valider

que les réponses données dans l'option « autres » n'étaient pas déjà incluses dans les choix proposés. Un cas a été repéré, donc cette réponse a été remplacée par le choix correspondant. Après cette procédure, les données ont été exportées vers SPSS pour les analyses statistiques.

Pour rendre compte des résultats du sondage, des statistiques descriptives du type fréquence et pourcentage ont été réalisées pour chaque question. Conformément aux objectifs de l'étude, nos analyses examinent le profil sociodémographique des répondants, les principaux domaines dans lesquels cette condition entraîne des difficultés, les activités plus spécifiquement atteintes, les comportements observables, les outils d'évaluations utilisés pour évaluer, et les questions sur leur propension à modifier leur pratique. Les pourcentages concernant les résultats sont présentés dans des tableaux récapitulatifs.

Certains éléments mis en évidence par ce processus ont généré des questionnements dans notre équipe. Ainsi, les questions suivantes ont émergé : 1) quelles variables influencent la perception d'un impact fonctionnel dans les ABVQ ?; 2) quelles variables influencent la perception d'un impact fonctionnel dans les AIVQ ?; 3) quelles sont les variables qui influencent la perception d'une différence entre TCL et vieillissement normal ?; 4) quelle est la corrélation entre la perception de la familiarité du TCL et la connaissance des sous-types de TCL ?; 5) quelles sont les variables qui influencent l'utilisation des tests cognitifs ?; 6) quelles sont les variables qui influencent les modifications de la pratique à la suite d'une formation continue ?

Pour analyser chacune de ces questions, les variables les plus pertinentes ont été sélectionnées par consensus au sein de l'équipe de recherche. Pour la question 1 et 2, nous avons choisi le degré de familiarité avec le TCL, le degré de confiance pour évaluer le TCL, les types d'outils utilisés (déficits cognitifs versus indépendance fonctionnelle), la façon optimale pour différencier une personne normale d'une personne atteinte du TCL (diagnostic du médecin, diagnostic neuropsychologique ou évaluation de la performance). Pour la question 3, 4, 5, 6 les variables choisies ont été : le degré de familiarité avec le TCL, les années d'expérience, l'année de diplomation, la proportion de personnes âgées dans la clientèle, le milieu de pratique (s'il y a de la recherche) et le niveau de diplôme. Une association entre les variables choisies ci-haut pourrait refléter la probabilité d'un choix régi par le contexte de pratique de chaque professionnel. Par exemple, le fait d'évaluer l'indépendance fonctionnelle, plutôt que les déficits

cognitifs, pourrait accroître la probabilité que l'ergothérapeute identifie une atteinte dans les activités instrumentales de la vie quotidienne comme étant la plus affectée dans le TCL.

Pour effectuer nos analyses de régression logistique, nous avons d'abord examiné les relations entre les variables explicatives [familiarité avec le TCL (Q8), degré de confiance pour évaluer le TCL (Q9), et les types d'outils utilisés, c.-à-d. si les répondants évaluent le TCL par les déficits cognitifs (Q17) ou par l'indépendance (Q18)] et les variables dépendantes (la perception d'un impact dans les ABVQ, la perception d'un impact dans les AIVQ), via des analyses de régression logistique univariée. Nous avons choisi une valeur de $p < 0,25$ pour éviter d'éliminer des variables qui ne seraient pas significatives seules, mais qui le deviendraient dans un modèle de régression multiple (Hosmer & Lemeshow, 2000). Les variables significatives devaient ensuite être introduites dans un modèle de régression logistique multiple de type *enter*. Cependant, les régressions logistiques univariées n'ont pas permis d'identifier suffisamment de variables (avec un $p < 0,25$) pour effectuer des analyses de régressions logistiques multiples. Ainsi, ces dernières n'ont pas été réalisées.

Chapitre 4 Résultats (article) : Trouble cognitif léger : perspectives des ergothérapeutes du Québec

Le texte de ce chapitre sera soumis pour la publication à la *Revue Canadienne d'ergothérapie* sous le titre : Trouble cognitif léger : perspectives des ergothérapeutes du Québec. En tant qu'auteure principale, l'étudiante a élaboré, avec l'aide de ses directrices Nathalie Bier et Patricia Belchior, le protocole de recherche et le sondage. Elle a effectué toutes les démarches auprès de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec, collecté les données, analysé les données et rédigé l'article en entier. Nathalie Bier, erg. Ph.D., et Patricia Belchior erg. Ph.D., sont, respectivement, dernière et deuxième auteure. Maxime Lussier, Ph.D a aidé l'étudiante dans les analyses statistiques.

Une partie du contenu a été présentée au Colloque du 35e anniversaire de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (par affiche).

Titre : Trouble cognitif léger : perspectives des ergothérapeutes du Québec

Auteurs :

Pontes dos Santos, Erika ^{1,2}, candidate MSc

Belchior, Patricia ^{2,3}, erg., PhD

Lussier, Maxime ^{1,2} PhD

Bier, Nahalie ^{1,2}, erg., PhD

Afiliations :

1.Université de Montréal

2.Centre de recherche de l’Institut universitaire de gériatrie de Montréal

3. McGill University

4.1 Résumé

Contexte : Le trouble cognitif léger (TCL) est un état transitionnel entre le vieillissement sain et la démence. Les critères diagnostiques actuels considèrent que le TCL entraîne des difficultés principalement sur le plan cognitif. Toutefois, des études récentes ont montré que le TCL entraînait également des impacts fonctionnels pouvant altérer l'indépendance de la personne dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), soit les activités permettant d'être indépendant dans sa communauté.

Objectif : Face à ce manque de consensus dans les écrits, la présente recherche a comme but d'explorer la perspective des ergothérapeutes concernant l'impact fonctionnel du TCL en utilisant un sondage en ligne. Les ergothérapeutes étant des experts de ce domaine, le sondage vise à approfondir nos connaissances du TCL, à partir de la pratique clinique de ces professionnels de la santé.

Méthodologie : Le sondage en français a été développé d'après une revue rapide de la littérature sur le TCL et à partir de la consultation de deux experts dans le domaine. Le sondage comportait trente-quatre questions simples à choix de réponse ou à court développement. La première partie du sondage portait sur les données personnelles, la deuxième partie sur la connaissance spécifique du TCL et la troisième partie sur des données personnelles supplémentaires.

Résultats : Les résultats du sondage, complété par 233 ergothérapeutes (taux de réponse de 21%), ont révélé que les répondants s'accordent sur le fait qu'il y a présence d'atteintes fonctionnelles dans le TCL; 84,3% des répondants identifient les AIVQ comme étant atteints dans la maladie. Toutefois, 24,4% mentionnent les activités de base comme étant également atteintes, ce qui ne concorde pas avec les écrits scientifiques actuels. Peu de répondants étaient familiers avec les sous-types de TCL (14,5%) et la grande majorité (73%) utilise des tests de dépistage cognitifs auprès de cette clientèle comme source principale d'information.

Conclusion : Les ergothérapeutes ont une connaissance générale sur les résultats scientifiques des recherches portant sur le TCL, mais comme dans la littérature leur pratique reflète bien l'absence de consensus.

Mots-clés : Trouble cognitif léger, démence, activités de la vie quotidienne, difficultés fonctionnelles, ergothérapie

Abstract

Context: Mild cognitive impairment (MCI) is a transitional stage between aging and dementia. The current diagnostic criteria consider that MCI mainly causes difficulties on a cognitive level. However, recent studies have shown that MCI also impact an individual's functions that can alter their independence in instrumental activities of daily living (IADL), i.e. activities that allows them to be independent within their community.

Objective: Faced with this lack of consensus in writing, this research aims to explore the perspective of occupational therapists regarding the functional impact of MCI by using an online survey. As occupational therapists are experts in the field, the survey aims to deepen our knowledge of MCI, based on the clinical practice of these health professionals.

Method: The French survey was developed based on a quick literature review on the topic and consultations with two experts in the field. The survey has thirty-four simple multiple choices questions or with short development. The first part of the survey is about the personal data, the second part is about the specific knowledge of MCI and the third part is a return to the personal data.

Results: The results of the survey, which was completed by 233 occupational therapists (response rate of 21%), revealed that the respondents agree on the fact that there is a presence of functional impairment within MCI; 84 % of the respondents identified that the IADL are being affected by the disease. However, 24,4% mentioned that basic activities were equally affected, which does not match with the current scientific writing. Few respondents were familiar with TCL subtypes (14.5%) and the vast majority (78%) use cognitive screening tests with this clientele as their main source of investigation.

Conclusion: In conclusion, the occupational therapists have a general knowledge on the scientific results on the MCI, but as shown in the writing their practices reflect the absence of a consensus.

Keywords: Mild cognitive impairment, Dementia, Activities of daily living, Functional difficulty, Occupational Therapy

4.2 Introduction

Au Canada, une personne de plus de 65 ans sur 11 est touchée par une démence (Gouvernement du Canada, 2010). La maladie d'Alzheimer (MA), le type plus commun de démence, est responsable de 60 à 70 % des cas de démence dans le monde (OMS, 2017). Cette maladie entraîne un déclin cognitif progressif, accompagné de pertes fonctionnelles importantes (Reisberg et al., 2003). Récemment, des études ont montré que l'impact fonctionnel causé par la présence d'une MA peut se détecter 10 ans avant l'émission du diagnostic (Peres et al., 2006; Royall, Palmer, Chiodo, & Polk, 2004). Cette découverte ouvre la porte à une meilleure compréhension de l'impact fonctionnel précoce de la démence, mais également au développement d'outils de mesures sensibles et d'intervention précoces pour soutenir la personne dans son milieu de vie.

Cette découverte suggère aussi que l'ergothérapie devrait s'intéresser particulièrement à cet état intermédiaire qui se situe entre le vieillissement normal et la démence, soit le trouble cognitif léger (TCL). Le trouble cognitif léger, ou trouble neurocognitif léger selon le DSM-V, est défini ainsi : « il s'agit d'un déficit plus important que le déclin cognitif normal dû à l'âge, mais moins sévère que la démence » (Psychomédia, 2015).

Selon les critères de diagnostic actuels, les personnes éprouvent donc des difficultés cognitives subtiles qui n'interfèrent pas de façon significative avec leur indépendance fonctionnelle. Certains critères, tels ceux de Petersen en 2014, précisent que des problèmes légers dans les activités instrumentales sont attendus, mais que les activités de base seront préservées. Ainsi, la personne doit, somme toute, être indépendante sur le plan fonctionnel sinon son diagnostic pourra plutôt pencher en faveur d'une démence (Ahn et al., 2009; Petersen, 2014).

Toutefois, cet état transitionnel est encore peu compris et mal défini sur le plan des difficultés fonctionnelles. Les recherches parlent de « difficultés dans la vie quotidienne, mais sans impact significatif » ou de « changements dans le temps de réalisation ou dans la qualité de la réalisation ». Cependant, l'identification du début de changements fonctionnels caractéristiques du TCL et de domaines précis dans lesquels ils se manifestent n'est pas encore claire, puisqu'il est difficile de bien distinguer ces changements de ceux d'un vieillissement

normal (Farias et al., 2006). En effet, le vieillissement sain entraîne aussi des difficultés à réaliser les activités quotidiennes, mais sans que cela n'interfère avec le fonctionnement général (Fliss, Lemerre, & Mollard, 2016). De plus, il existe un manque de données probantes sur la relation entre les changements cognitifs dus au TCL et les activités quotidiennes spécifiques qui seront touchées par ces changements (Gilbel et al., 2017). Ainsi, les critères demeurent flous et dépendent en grande partie du jugement clinique. Or, la difficulté à cerner le TCL limite l'offre des soins adéquats à ces patients (Cornelis, Gorus, Beyer, Bautmans, & De Vriendt, 2017; Graham et al., 2006).

Des auteurs ont démontré que par l'observation de la gestion des médicaments et des finances, il était possible de différencier une personne saine d'une personne présentant un TCL (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009). D'autres ont évalué les rapports aux technologies et ont montré qu'il y avait une diminution de leur usage par les personnes atteintes du TCL dans la vie quotidienne (Hedman, Nygard, Malinowsky, Almkvist, & Kottorp, 2016). Malgré les différentes façons d'évaluer ce trouble et les nombreuses activités ciblées, les études démontrent que le TCL entraîne bien des impacts fonctionnels, et que ceux-ci se trouveraient à mi-chemin entre le vieillissement normal sain et la démence (voir, par exemple, Jefferson et al., 2008 ; Pereira, Yassuda, Oliveira, Forlenza, 2008 ; Windblad et al., 2004). Toutefois, il n'existe pas de consensus sur les activités touchées, la relation entre celles-ci et les changements cognitifs, ainsi que les méthodes d'évaluations optimales de l'impact fonctionnel du TCL.

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour identifier l'impact fonctionnel d'un TCL, certains chercheurs recommandent l'observation directe de la tâche (Avila et al. 2015; Giovannetti et al., 2008; Rodakowski et al., 2014; Schmitter-Edgecombe, 2012), et d'autres le font à partir de questionnaires administrés directement à la personne âgée (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009; Belleville et al., 2014; Gordon et al., 2016 ; Hughes et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Valdes, O'Connor & Edwards, 2012). D'autres, encore, utilisent des questionnaires remplis par les proches (Aretouli & Brandt, 2010; Brown, 2011; Teng et al., 2010). Au moyen de ces différents outils d'évaluation, les chercheurs ont pu soit évaluer le niveau d'indépendance des individus (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009), soit les erreurs commises (Giovannetti et al., 2008; Gold, Park, Murphy, & Troyer, 2015; Schmitter-Edgecombe et al., 2012); ou encore la vitesse de réalisation des activités et l'habileté à utiliser

la technologie (Hedman et al 2016; Ryd, Nygård, Malinowsky, Öhman, & Kottorp, 2015; Wadley, Okonkwo, Crowe, & Ross-Meadows, 2008). Il n'y a donc pas encore un consensus sur les tests à utiliser pour évaluer l'impact fonctionnel du TCL.

Puisque l'évaluation fonctionnelle est au cœur de son champ de compétences, l'ergothérapeute est bien outillé non seulement pour évaluer l'impact d'un TCL sur les AVQ, mais également pour contribuer au dépistage de cet état. La perception des ergothérapeutes des changements fonctionnels observés dans le TCL semble donc importante pour mieux comprendre cet état transitionnel. Or, à notre connaissance, cette perception n'a jamais été explorée. Pourtant, elle permettrait non seulement de comprendre le TCL, mais également de mieux outiller les cliniciens quant aux meilleures pratiques dans le domaine.

L'objectif de cette étude est donc de documenter la perception des ergothérapeutes sur les impacts fonctionnels du TCL. Ceux-ci ont été recrutés au Québec, puisque la pratique en lien avec l'impact des troubles cognitifs y est balisée par l'Office des professions (contrairement au reste du Canada, où la pratique peut varier davantage). Plus spécifiquement, nous souhaitons identifier : 1) les principaux domaines dans lesquels cette condition entraîne des difficultés (ex. activité de base ou instrumentales) selon les ergothérapeutes du Québec; 2) les activités plus spécifiquement atteintes ; 3) les comportements observables ; 4) les outils d'évaluations utilisés pour évaluer le TCL ; 5) leurs connaissances des données probantes dans le domaine et à quel point ils sont confiants dans leur identification du TCL ; et 6) leur perspective quant au transfert de connaissance dans ce domaine pour améliorer leur pratique clinique.

4.3 Méthodologie

Cette étude a utilisé un sondage en ligne. Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie du CIUSSS-Centre-sud-de-l'île-de Montréal Québec, Canada.

4.3.1 Population cible

Le sondage a utilisé un échantillon par convenance. Une invitation en ligne a été envoyée par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) à 2598 professionnels et a été parallèlement partagée avec le groupe des ergothérapeutes du Québec sur le réseau social Facebook, un groupe

formé pour les ergothérapeutes exerçant la profession au Québec (critère pour être membre) et qui a pour but de promouvoir des échanges entre les professionnels. Le groupe s'élève à presque 4 000 membres, une ressource qui visait donc à accroître le taux de réponse. Les critères d'inclusion pour le sondage étaient les suivants : 1) détenir un permis de pratique en ergothérapie valide au Québec; 2) pratiquer auprès de la clientèle gériatrique; 3) avoir une certaine connaissance du TCL, ce qui a été mesuré par la question 7 : est-ce que vous êtes familier(ère) avec le diagnostic de trouble cognitif léger ? L'OEQ a envoyé un courriel à tous ses membres ayant accepté de répondre à des projets de recherche. Le courriel comprenait une copie du message d'invitation au projet, un lien Web vers le questionnaire en ligne et les termes du consentement. L'identité des participants ayant été préservée, les chercheurs n'avaient pas un accès direct à eux, sauf si les professionnels leur donnaient leur courriel personnel pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche.

4.3.2 Sondage

Le sondage en français a été développé à partir d'une revue rapide de la littérature et à partir de la consultation de deux experts dans le domaine Nathalie Bier et Patricia Belchior (Forstmeier et al., 2012; Fan & Yan, 2010). La revue rapide de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Medline, Google Scholar, Embase, Web of Science et CINHALL. Les mots clés utilisés ont été : mild cognitive impairment, everyday activity, everyday functioning, functional changes activity everyday, dementia. Nous avons identifié 406 articles reliés aux changements fonctionnels dans le vieillissement; 180 ont été exclus pour les raisons suivantes : ils n'étaient pas liés aux AVQ, soit instrumental ou de base, et ils ne réalisaient pas d'évaluation de l'état cognitif. Finalement, 233 articles ont été sélectionnés. De ces articles, l'information spécifique concernant les activités évaluées et touchées dans le TCL a été extraite. Ce processus a permis d'identifier que les changements les plus importants observés chez les personnes atteintes du TCL se retrouvent dans la réalisation des AIVQ. Le sondage est également basé sur les définitions et la classification des activités selon le Profil des AVQ (Bier et al., 2016; Dutil, Forget, Vanier & Gaudreault, 1990), un outil d'observation qui a défini plus de 24 activités quotidiennes. De plus, le sondage est basé sur les quatre opérations définies par l'outil, liées à la réalisation des activités quotidiennes (formuler le but, planifier, exécuter, vérifier). Ces quatre

opérations permettaient de bien décortiquer les difficultés possibles des TCL à travers différents aspects liés à la réalisation indépendante d'une activité.

Après la première formulation des questions, plusieurs rencontres avec deux experts (Nathalie Bier et Patricia Belchior) ont eu lieu pour confirmer la cohérence des questions, leurs formulations, le choix de l'échelle de réponse et pour s'assurer que les questions couvraient tous les points pertinents à ce sujet. Après chaque rencontre, des modifications ont été faites jusqu'à la formulation finale.

La version finale a été soumise à un groupe de 10 ergothérapeutes travaillant en gériatrie par courriel. Ce qui a permis de valider le contenu, la clarté et la cohérence des questions, de s'assurer que l'ordre des questions était approprié et de valider le temps de passation. De façon plus spécifique, les ergothérapeutes ont reçu un lien vers le sondage. Ils ont ensuite envoyé leurs commentaires par écrits via courriel. Après avoir lu tous les commentaires, nous avons regroupé les commentaires par question. Après avoir identifié les points communs entre les commentaires, nous avons fait les modifications nécessaires. Ainsi, nous avons suivi toutes les modifications proposées. La prise en compte des commentaires des professionnels a permis de produire la version finale du questionnaire.

Il est important de noter que le questionnaire a été conçu de façon à pouvoir également être envoyé dans le Canada anglais. Ainsi, une terminologie plus englobante a été choisie, donc non uniquement liée à la terminologie spécifique du Code des professions québécois avec laquelle le reste de la profession n'est pas familière (ex., évaluation vs appréciation; le terme évaluation a été gardé).

Le questionnaire final comprend les thèmes suivants: 1 – La connaissance du TCL et les activités les plus affectées; 2 – Les types de difficultés fonctionnelles présentées et la façon de les distinguer de celles que l'on rencontre dans un vieillissement normal; 3 – Les méthodes et les instruments de mesure utilisés pour identifier le TCL; 4 – La facilité à intégrer des nouvelles pratiques cliniques. Le questionnaire contenait 37 questions réparties en trois sections : les sections 1 (Q1-5) et 3 (Q28-34) étaient sur les données démographiques, et la section 2 (Q6-27) se rapportait à la connaissance du TCL. Le questionnaire a été hébergé par le site *Simplessondage.com* et contenait des questions simples à choix multiples, quelques-unes d'entre

elles ayant un espace pour un court développement au cas où la réponse du participant ne se trouverait pas parmi les options. À la fin du sondage, les ergothérapeutes avaient un espace pour donner leurs commentaires et faire des suggestions. Le temps moyen pour répondre au questionnaire a été de 10 à 15 min.

4.3.3 Collecte de données

En décembre 2017, le courriel a été envoyé à l'OEQ pour qu'il puisse le transmettre aux ergothérapeutes. Un courriel de rappel a été envoyé deux semaines après pour augmenter le taux de réponse, ce qui est important pour avoir une population représentative (Blais et Durand, 1997). L'OEQ a fait un rappel deux semaines après l'envoi. Le sondage a été fermé deux mois après le premier envoi. Pour le réseau Facebook, le lien contenant le sondage en ligne a été posté sur le Facebook des ergothérapeutes du Québec. Deux rappels ont été faits: le premier après un mois et le deuxième après deux mois.

Le consentement des participants était nécessaire pour participer au sondage, celui-ci était donné en cliquant sur le lien contenu dans le courriel d'invitation, dans le cas de l'envoi fait par l'OEQ, ou simplement en cliquant sur le lien partagé sur Facebook.

4.3.4 Analyses des données

Les données ont été exportées en format Excel à partir de *SimpleSondage* et ont été nettoyées avant d'être importées sur SPSS 25 pour Windows. Lors de l'importation sur Excel, la vérification que le même utilisateur n'avait pas répondu plus d'une fois au sondage était effectuée. Aussi, seulement les personnes avec le profil désiré dans l'enquête et qui ont complété à cent pour cent le sondage ont été choisies. À l'étape suivante, toutes les questions fermées ont été codées. Les questions ouvertes ont été standardisées avant d'être codifiées, car les mêmes réponses ont été écrites de différentes façons. Finalement, une analyse a été réalisée pour valider que les réponses données dans l'option « autres » n'étaient pas déjà incluses dans les choix proposés. Un cas a été repéré, donc cette réponse a été remplacée par le choix correspondant. Après cette procédure, les données ont été exportées vers SPSS pour les analyses statistiques.

Pour rendre compte des résultats du sondage, des statistiques descriptives du type fréquence et pourcentage ont été réalisées pour chaque question. Conformément aux objectifs

de l'étude, nos analyses examinent le profil sociodémographique des répondants, les principaux domaines dans lesquels cette condition entraîne des difficultés, les activités plus spécifiquement atteintes, les comportements observables, les outils d'évaluations utilisés pour évaluer, et les questions sur leur propension à modifier leur pratique. Les pourcentages les plus importants parmi les résultats sont montrés dans les tableaux.

Certains éléments mis en évidence par ce processus ont généré des questionnements dans notre équipe. Ainsi, les questions suivantes ont émergé : 1) quelles variables influencent la perception d'un impact fonctionnel dans les ABVQ ?; 2) quelles variables influencent la perception d'un impact fonctionnel dans les AIVQ ?; 3) quelles sont les variables qui influencent la perception d'une différence entre TCL et vieillissement normal ?; 4) quelle est la corrélation entre la perception de la familiarité du TCL et la connaissance des sous-types de TCL ?; 5) quelles sont les variables qui influencent l'utilisation des tests cognitifs ?; 6) quelles sont les variables qui influencent les modifications de la pratique à la suite d'une formation continue ?

Pour analyser chacune de ces questions, les variables les plus pertinentes selon notre jugement (consensus entre les auteurs) ont été sélectionnées. Pour la question 1 et 2, nous avons choisi le degré de familiarité avec le TCL, le degré de confiance pour évaluer le TCL, les types d'outils utilisés (déficits cognitifs versus indépendance fonctionnelle), la façon optimale pour différencier une personne normale d'une personne atteinte du TCL (diagnostic du médecin, diagnostic neuropsychologique ou évaluation de la performance). Pour la question 3, 5, et 6 les variables choisies ont été : le degré de familiarité avec le TCL, les années d'expérience, l'année de diplomation, la proportion de personnes âgées dans la clientèle, le milieu de pratique (s'il y a de la recherche) et le niveau de diplôme. Une association entre les variables choisies ci-haut pourrait refléter la probabilité d'un choix régi par le contexte de pratique de chaque professionnel. Par exemple, le fait d'évaluer l'indépendance fonctionnelle, plutôt que les déficits cognitifs, pourrait accroître la probabilité que l'ergothérapeute identifie une atteinte dans les activités instrumentales de la vie quotidienne comme étant la plus affectée dans le TCL.

Pour effectuer nos analyses de régression logistique, nous avons d'abord examiné les relations entre les variables explicatives (familiarité avec le TCL (Q8), degré de confiance pour évaluer le TCL (Q9), et les type d'outils utilisés, c.-à-d. si les répondants évaluent le TCL par les déficits cognitifs (Q17) ou par l'indépendance (Q18) et les variables dépendantes (la

perception d'un impact dans les ABVQ), via des analyses de régression logistique univariée. Nous avons choisi une valeur de $p < 0,25$ pour éviter d'éliminer des variables qui ne seraient pas significatives seules, mais qui le deviendraient dans un modèle de régression multiple (Hosmer & Lemeshow, 2000). Les variables significatives devaient ensuite être introduites dans un modèle de régression logistique multiple de type *enter*. Cependant, les régressions logistiques univariées n'ont pas permis d'identifier suffisamment de variables (avec un $p < 0,25$) pour effectuer des analyses de régressions logistiques multiples. Ainsi, ces dernières n'ont pas été réalisées.

4.4 Résultats

Un total de 1139 ergothérapeutes a accédé au sondage; c.-à-d., ont cliqué sur le lien pour avoir accès au sondage. Parmi ceux-ci, 324 participants ont débuté le sondage, mais 233 l'ont complété, ce qui représente un taux de réponse de 20,46%. Afin d'évaluer si notre échantillon était représentatif de la population des ergothérapeutes du Québec, une comparaison avec les données sociodémographiques de ce groupe (fournies par l'OEQ) a été réalisée, et nous avons constaté que le groupe de répondant semble représentatif (Tableau 1).

Notre échantillon était composé majoritairement des femmes 205 (88%). Plus de la moitié des participants avaient un baccalauréat 138 (59%) et 94 (40,3%) avaient moins de 35 ans.

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Échantillon de l'étude (%)	Ergothérapeutes du Québec
Sexe		
Homme	5.5	7.7
Femme	94.5	92.3
Âge		
Moins de 35 ans	43.3	43.6
De 35 à 44	25.8	28.4
De 45 à 54	20.2	20.1
Plus de 55	9.2	7.8
Éducation		
Baccalauréat	63.6	--
Maîtrise	36.4	--
Années d'expérience		
0 -10 ans	89	--
11-20 ans	72	--
21-30 ans	39	--
31-40 ans	17	--
Clientèle âgée		
0-25%	10.6	
26-50%	8.8	
51-75%	20.3	
76-100%	60.4	

4.4.1 Objectifs 1-3: principaux domaines, activités et comportements

La majorité des ergothérapeutes (n = 183, 84,3%) ont répondu que les personnes avec TCL présentent des difficultés fonctionnelles dans les AIVQ et que ces difficultés sont plus grandes lorsqu'elles sont comparées à la performance de personnes âgées sans trouble cognitif (n = 174, 95,1%) (Tableau 2). Une partie des répondants (n = 53, 24,4%) croient que ces difficultés seront aussi présentes dans les ABVQ. Parmi ces répondants, soixante-quatorze pour cent (74%) jugent que ces difficultés sont plus grandes lorsqu'elles sont comparées à la performance de personnes âgées sans trouble cognitif.

Tableau II.Principaux domaines dans lesquels le TCL entraîne des difficultés

Activités	Fréquence	Pourcentage
Difficultés fonctionnelles dans les AIVQ ?		
Oui	183	84,3
Non	34	15,7
Les difficultés dans les AIVQ sont plus grandes comparées à la performance de personnes saines ?		
Oui	174	74,7
Non	9	3,9
Difficultés fonctionnelles dans les ABVQ ?		
Oui	53	24,4
Non	164	75,6
Les difficultés dans les AIVQ sont plus grandes comparées à la performance de personnes saines ?		
Oui	174	74,4
Non	9	4,9

Légende : ABVQ activité de base de la vie quotidienne; AIVQ activité instrumentale de la vie quotidienne.

Concernant les activités plus spécifiquement atteintes, les répondants qui ont identifié la présence de difficultés dans les ABVQ ont répondu « se laver » comme étant l'activité la plus touchée avec trente-trois pour cent (33,7%) des réponses, suivi par « s'habiller » avec trente pour cent (30%) et « se brosser les dents » (28,6%). Concernant les AIVQ les plus touchées, presque la moitié des répondants ont identifié les difficultés dans la gestion des finances (43%). L'autre moitié était divisée entre « utiliser les moyens de transport » (27%) et « préparer un repas » (19,8%) (voir tableau 3). Parmi les principales difficultés rencontrées pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne (de base ou instrumentales), les ergothérapeutes considèrent qu'il existe une difficulté liée principalement au temps de réalisation des activités (18%), suivie par la difficulté à planifier leurs activités (16,9%) et l'oubli des étapes d'une tâche 15,9) (voir tableau 4).

Tableau III. Activités plus spécifiquement atteintes dans le TCL

ABVQ plus atteintes	Fréquence	Pourcentage
Se laver	32	33,7
S'habiller	29	30,5
Se brosser les dents	14	14,7
Manger	9	9,5
Marcher	8	8,4
Éliminer	2	2,1
AIVQ plus atteintes		
Gérer ses finances	174	43,1
Utiliser les moyens de transport	110	27,2
Préparer un repas	80	19,8
Utiliser le téléphone	30	7,4

Tableau IV. Comportements observables dans les activités quotidiennes

Principales difficultés	Fréquence	Pourcentage
Formuler le but de faire une activité	28	3,8
Planifier les activités	124	16,9
Initier l'activité	45	6,1
Vérifier l'atteinte de son but	94	12,8
Oublie des étapes de la tâche	117	15,9
Se trompe dans l'ordre des étapes de la tâche	87	11,9
Substitue des gestes ou des objets	14	1,9
Répète les mêmes actions plusieurs fois	46	6,3
Montre des difficultés liées au temps de réalisation d'une activité	132	18
Réalise des actions non liées à la tâche	47	6,4

4.4.2 Objectifs 4 : outils de mesure

Pour dépister les personnes atteintes de trouble cognitif léger, les ergothérapeutes de cette étude se concentrent sur les déficits cognitifs et l'indépendance fonctionnelle; 78 % des

répondants évaluent les déficits cognitifs en utilisant des tests standardisés, par rapport à 33,9 % des ergothérapeutes qui évaluent l'indépendance fonctionnelle à l'aide des tests standardisés. Parmi les cliniciens qui évaluent les déficits cognitifs, 26% le font par des entretiens avec le client et 29% par l'observation directe de la personne en réalisant ses tâches quotidiennes. Pour l'évaluation de l'indépendance fonctionnelle, les répondants utilisent plus les entretiens avec le client (24%) par rapport à l'observation directe (20%) (Tableau IV). Les outils les plus utilisés pour réaliser ces évaluations ont été le Montréal Cognitive Assessment (MoCA) avec plus de 35% des réponses, suivi par le Mini-Mental State Examination (MMSE) (21%) et le Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (Pecpa-2R) (18%) (voir tableau 5).

Tableau V. Outils de mesure utilisés par les répondants

Évaluation du TCL	Fréquence	Pourcentage
Évaluez-vous les déficits cognitifs à l'aide de tests cognitifs standardisés ?		
Oui	170	78
Non	48	22
Moyens		
Observation directe de la personne	49	29
Par des entretiens avec le client	44	26
Évaluez-vous l'indépendance fonctionnelle en utilisant des évaluations standardisées ?		
Oui	74	33,9
Non	144	66,1
Moyens		
Les entretiens avec le client	40	24
L'observation directe	34	20
Outils les plus utilisés		
MoCA	147	35
MMSE	88	21
Pecpa-2R	75	18

4.4.3 Objectif 5 : Connaissances des évidences scientifiques et confiance dans l'identification du TCL

Plus de la moitié des ergothérapeutes ont répondu avoir une connaissance élevée du TCL, soit un nombre de 128 (54,7%); parmi ceux-ci, 34 (14,5%) ont affirmé avoir une connaissance plus approfondie des sous types du TCL. Concernant le degré de confiance dans l'habileté à identifier la présence d'un trouble cognitif léger chez leurs clients, la majorité des répondants a mentionné avoir une confiance située entre 70 et 80%.

4.4.4 Objectif 6 : perspective quant au transfert de connaissances

Les ergothérapeutes ont mentionné que leur probabilité d'adopter une nouvelle pratique en lien avec le TCL dépendrait si leur superviseur ou l'établissement l'exigeait (respectivement 8 et 6%) ; 20% trouveraient difficile de modifier leur pratique en lien avec l'évaluation du TCL et environ 15% ne se sentent pas assez compétents pour intégrer de nouvelles connaissances sur le TCL (Tableau 5).

Tableau VI. Probabilité de changer la pratique par rapport au TCL

Conditions pour changer la pratique	Fréquence (réponse « très probable »)	Pourcentage
Elle vous a semblé intuitivement intéressante	3	1
Elle a été suivie par vos collègues, qui ont apprécié la formation	3	1
La formation avait du sens pour vous	1	0,3
Exigence du superviseur	26	8
Exigence de l'établissement	18	5,6
Exigence de l'ordre professionnel	10	3,1
Formation assez complète	64	19,8
Vous considérez que vous avez eu une formation assez complète pour l'utiliser	2	0,6
Je trouve difficile de modifier ma pratique actuelle en matière d'évaluation	8	3
Je ne me sens pas toujours compétent(e) pour utiliser de nouvelles recommandations	3	1

4.4.5 Variables influençant les réponses des participants

Concernant les associations entre les diverses variables, la perception d'une atteinte dans les AIVQ est liée à la considération que le diagnostic repose principalement sur la perception du médecin ($\beta = 1,064$, $p = 0,056$). De plus, la connaissance des sous-types de TCL était associée avec le degré de familiarité du diagnostic ($\beta = -1,354$, $p = 0,004$), ceux qui disent bien connaître le TCL ayant davantage identifiés de sous-types de TCL. Toutefois, aucune autre association n'était significative.

4.5 Discussion

L'objectif de notre étude était de documenter le point de vue des ergothérapeutes du Québec sur l'impact fonctionnel du TCL. Il s'agit de la première étude qui vise à mieux connaître la perspective et la pratique des ergothérapeutes québécois auprès de cet état prodromal de la démence. Notre échantillon était composé de professionnels qui appartenaient à différents groupes d'âge, années d'expérience et milieu de pratique. L'approche utilisée a permis d'avoir une taille d'échantillon d'ergothérapeutes semblable à des études antérieures portant aussi sur des sondages auprès de cette population (Douglas et al., 2007; Belchior, Korner-Bitensky, Holmes, & Robert, 2015), c.-à-d. environ 20%. Malgré ce taux de réponse, l'échantillon semble présenter les mêmes caractéristiques que les données fournies par l'OEQ.

En ce qui concerne les principaux domaines dans lesquels le TCL entraîne des difficultés (ABVQ ou AIVQ), la plupart des répondants ont indiqué que les difficultés liées au TCL sont vues principalement dans les AIVQ, et que ces difficultés sont plus marquées que celles liées au vieillissement normal. Ces résultats sont en accord avec la littérature actuelle qui reconnaît, dans sa majorité, que les personnes atteintes du TCL ont des problèmes à réaliser ces activités (Albert et al., 2011; Cornelis, Gorus, Beyer, Bautmans, & De Vriendt, 2017; Gold, Park, Troyer, & Murphy, 2015; Gordon et al., 2016; Petersen et al., 2014; Schmitter-Edgecombe & Parsey, 2014). En effet les AIVQ exigeraient un niveau plus élevé de fonctionnement cognitif (Giebel & Challis, 2015), par exemple sur le plan des fonctions exécutives et mnésiques (Kirova, Bays, & Lagalwar, 2015), qui seraient particulièrement touchées dans plusieurs formes de TCL (Bangen et al., 2010; Teng, Becker, Woo, Cummings, & Lu, 2010).

Dans notre étude, les résultats montrent que gérer ses finances, utiliser les moyens de transport et préparer un repas étaient parmi les activités les plus affectées dans le TCL selon les ergothérapeutes. Plusieurs études antérieures ont évalué la performance des individus atteints par le TCL dans ces activités. Anh et al (2009), par exemple, ont évalué la performance de quinze AIVQ chez des individus sains et présentant un TCL. Dans cette étude, le groupe TCL a présenté plus de difficultés que le groupe contrôle. Les trois activités ci-haut mentionnées, choisies par nos répondants, faisaient partie des activités proposées par Anh et al. (2009). Allaire et al (2009) ont, quant à eux, évalué les difficultés pour préparer des repas, acheter de la nourriture, prendre des médicaments, payer ses factures et gérer son argent. Les activités considérées comme étant les meilleures pour prédire un TCL étaient la prise de médicaments et gérer ses finances. La gestion des finances s'avère être l'une des activités les plus perturbées dans cet état. Gordon (2016) rapporte que 44% des sujets TCL de son étude ont dit avoir des problèmes dans le domaine financier. Ces résultats sont confirmés par plusieurs autres études (Hughes, Chang, Bilt, Snitz, & Ganguli, 2012; Luck et al., 2012; Perrochon, Kemoun, Watelain, Dugué, & Berthoz, 2015; Ryd, Nygård, Malinowsky, Öhman, & Kottorp, 2015; Trirbel et al., 2009, Wadley, Okonkwo, Crowe, & Ross-Meadows, 2008). Une étude plus récente (Martin et al., 2018) a évalué la capacité financière des personnes atteintes du TCL pendant une période de 6 ans et a documenté un déclin significatif dans la compétence financière de cette population. L'utilisation des moyens de transport, la deuxième activité la plus affectée selon nos répondants, a également été citée comme étant particulièrement difficile dans le TCL (Gold, Park, Troyer, & Murphy, 2015; Luck et al., 2012), tout comme la préparation de repas, la troisième tâche considérée comme étant la plus affectée par nos répondants (par exemple : Hsiao, Lu, Grill, & Teng, 2015 ; Hughes, Chang, Bilt, Snitz, & Ganguli, 2012 ; Teng, Becker, Woo, Cummings, & Lu, 2010). La gestion des médicaments, peu retenue par nos répondants, a toutefois été fréquemment mentionnée dans les écrits (Ahn et al., 2009; Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, & Whitfield, 2009; Knopman & Petersen, 2014; Schmitter-Edgecombe & Parsey, 2014; Wadley, Okonkwo, Crowe, & Ross-Meadows, 2008). Il serait donc important d'élargir les recherches sur le sujet pour comprendre pourquoi les ergothérapeutes n'ont pas considéré cette activité comme étant dans les plus à risque.

De façon intéressante, 25 % des répondants affirment que les personnes atteintes du TCL présentent des difficultés dans les ABVQ, surtout dans les soins personnels. Chaves et al. (2016) ont également documenté la présence de ces difficultés dans le TCL. Ils ont examiné les difficultés des participantes dans les activités de base en utilisant une échelle individualisée des difficultés autoperçues, *The Canadian occupational performance measure* (COPM). Dans leur étude, presque 40% des participants ont relaté de difficultés dans les soins personnels. Ces résultats suggèrent un besoin d'approfondir les difficultés rencontrées dans les ABVQ par les personnes atteintes d'un TCL. Toutefois, si les ABVQ sont réellement atteintes dans le TCL, ou dans certaines formes de TCL, la distinction avec la démence devient encore plus difficile à réaliser; celle-ci entraînant des difficultés de cette nature en stade modéré de la maladie. Il faudrait également s'assurer, dans les études futures sur ce sujet, que les participants recrutés sont bien dans un stade de TCL.

Concernant les comportements observables, les principales difficultés rencontrées pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne (de base ou instrumentales) par une personne âgée atteinte d'un trouble cognitif léger étaient liées au temps de réalisation de l'activité selon les répondants, suivi par la difficulté à planifier les activités et l'oubli des étapes d'une tâche. Cette perspective des ergothérapeutes est en accord avec de nombreuses études, mais plus particulièrement avec le temps de réalisation, qui a été documentée à plusieurs reprises (Albert et al., 2011; Lassen-Greene et al., 2017; Schmitter-Edgecombe, McAlister, & Weakley, 2012). Le temps de réalisation semble donc être un élément critique dans la performance des personnes atteintes d'un TCL.

Concernant les outils d'évaluations utilisés, les ergothérapeutes utilisent surtout des évaluations cognitives. Cette approche centrée sur l'incapacité est en accord avec d'autres études qui ont documenté la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des troubles cognitifs. En effet, deux sondages effectués auprès des ergothérapeutes au Canada montrent l'emploi fréquent d'évaluations cognitives auprès des personnes âgées, notamment dans l'étude de Douglas et al. (2007). De plus, l'étude de Belchior et al. (2015) démontre que les ergothérapeutes canadiens identifient les problèmes cognitifs plus fréquemment que les problèmes fonctionnels auprès des patients TCL. Ces deux études montrent qu'il semble exister un écart entre la pratique des ergothérapeutes du Canada et, d'une part, ce que la littérature

suggère de plus en plus (c.-à-d. la présence des changements fonctionnels dans le TCL) et, d'autre part, avec le champ de pratique spécifique à l'ergothérapie. Avec l'arrivée du changement du Code des professions au Québec, il est toutefois possible que cette pratique tende à se modifier avec le temps. Des études futures pourraient s'attarder à identifier les possibles barrières qui pourraient expliquer cet écart, pour soutenir les ergothérapeutes dans la mise en place d'une pratique basée sur les données probantes et sur leurs champs de pratique (NICE, 2007).

Selon nos résultats, les ergothérapeutes démontrent avoir une connaissance de base du TCL, mais il y a manque de connaissances plus approfondies. Par exemple, les répondants connaissent peu les sous-types de TCL et donc, leur évolution possible avec le temps ou leurs profils fonctionnels différents. Cette information pourrait préparer les proches pour l'avenir et donner plus de support dans des activités spécifiques.

Enfin, les ergothérapeutes ont mentionné être très confiants qu'ils pourraient changer leur pratique à la suite d'une formation continue (19,8%). Le sondage indiquait qu'ils assisteraient à une formation si le milieu l'exigeait pour une petite partie d'entre eux. La motivation à changer ses pratiques et ce qui aiderait les ergothérapeutes à intégrer des données probantes dans le domaine du TCL reste à éclaircir dans des études futures.

Notre étude a comme force l'utilisation d'un questionnaire en ligne, car il s'agit d'un bon moyen pour explorer les connaissances d'un groupe de personnes, il est peu coûteux et permet une collecte rapide (NICE, 2007). Notre échantillon semble être également représentatif de la population d'ergothérapeute du Québec qui pratique en gériatrie. Toutefois, un sondage présente comme limite le fait que les ergothérapeutes ne peuvent approfondir leur réponse et les nuancer en fonction de leur contexte de pratique. Des études futures, utilisant d'autres approches pour mieux comprendre la pratique des ergothérapeutes, permettraient une perspective plus complète du phénomène.

Concernant le taux de réponse obtenu, celui-ci est proche des taux attendus pour les sondages en ligne (25-30%), particulièrement lorsque peu de rappels ont été réalisés (Cook, Heath, & Thompson, 2000). Dans la présente étude, les deux rappels après l'envoi du sondage n'étaient pas possibles, car l'Ordre ne fait qu'un seul rappel pour les sondages. Ce taux est aussi

semblable aux derniers sondages en ligne réalisés auprès des ergothérapeutes au Canada (Belchior, Korner-Bitensky, Holmes, & Robert, 2015; Foucault, Vachon, Thomas, Rochette, & Giguère, 2018).

4.6 Conclusion

Le but de cette étude était de documenter la perception des ergothérapeutes du Québec sur l'impact fonctionnel du TCL. Les résultats montrent des impacts surtout du point de vue des AIVQ, avec un accent mis sur les activités financières. Pour dépister le TCL, les professionnelles utilisent des tests cognitifs associés à l'observation directe de la tâche. Par contre, la majorité des ergothérapeutes ne connaissent pas les sous-types du trouble cognitif léger. Jusqu'à maintenant, l'évaluation du TCL est réalisée grâce à des connaissances tacites, c.-à-d. des connaissances acquises avec l'expérience, étant donné le manque de consensus dans les écrits scientifiques. Considérant le nombre important de personnes qui souffriront de la MA dans les prochaines décennies, il est important de mieux comprendre le continuum allant du vieillissement normal à la démence, sur le plan des activités quotidiennes. Ce continuum permettra d'identifier des marqueurs comportementaux de la démence et contribuer à la fois au diagnostic précoce et à la mise en place d'intervention ciblée pour chaque étape du continuum.

4.7 Remerciements

Nathalie Bier est supportée par une bourse salariale des Fonds de la recherche du Québec-Santé.

4.8 Références

- Ahn, I. S., Kim, J.-H., Kim, S., Chung, J. W., Kim, H., Kang, H. S., & Kim, D. K. (2009). Impairment of instrumental activities of daily living in patients with mild cognitive impairment. *Psychiatry Investigation*, 6(3), 180-184. <https://doi.org/10.4306/pi.2009.6.3.180>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Allaire, J. C., Gamaldo, A., Ayotte, B. J., Sims, R., & Whitfield, K. (2009). Mild cognitive impairment and objective instrumental everyday functioning: the everyday cognition battery memory test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 120-125. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02054.x>
- Bangen, K. J., Jak, A. J., Schiehser, D. M., Delano-Wood, L., Tuminello, E., Han, S. D., ... Bondi, M. W. (2010). Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(04), 630-639. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000330>
- Belleville, S., Gauthier, S., Lepage, É., Kergoat, M.-J., & Gilbert, B. (2014). Predicting decline in mild cognitive impairment: A prospective cognitive study. *Neuropsychology*, 28(4), 643-652. <https://doi.org/10.1037/neu0000063>
- Bier, N., Belchior, P. da C., Paquette, G., Beauchemin, E., Lacasse-Champagne, A., Messier, C., ... Bottari, C. (2016). The Instrumental Activity of Daily Living Profile in Aging: A Feasibility Study. *Journal of Alzheimer*, 52(4), 1361-1371. <https://doi.org/10.3233/JAD-150957>
- Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A Meta-Analysis of Response Rates in Web- or Internet-Based Surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>

- Douglas, A., Liu, L., Warren, S., & Hopper, T. (2007). Cognitive Assessments for Older Adults: Which Ones are Used by Canadian Therapists and Why. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 370-381. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.010>
- Fan, W., & Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015>
- Farias, Sarah T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., Cahn-Weiner, D., & Decarli, C. (2006). MCI is associated with deficits in everyday functioning. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(4), 217-223. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000213849.51495.d9>
- Farias, Sarah Tomaszewski, Lau, K., Harvey, D., Denny, K. G., Barba, C., & Mefford, A. N. (2017). Early Functional Limitations in Cognitively Normal Older Adults Predict Diagnostic Conversion to Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6), 1152-1158. <https://doi.org/10.1111/jgs.14835>
- Forstmeier, S., Maercker, A., Maier, W., van den Bussche, H., Riedel-Heller, S., Kaduszkiewicz, H., ... Wagner, M. (2012). Motivational reserve: Motivation-related occupational abilities and risk of mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Psychology and Aging*, 27(2), 353-363. <https://doi.org/10.1037/a0025117>
- Giebel, C., & Challis, D. (2015). Translating cognitive and everyday activity deficits into cognitive interventions in mild dementia and mild cognitive impairment: Translation into cognitive interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 21-31. <https://doi.org/10.1002/gps.4170>
- Giovannetti, T., Bettcher, B. M., Brennan, L., Libon, D. J., Burke, M., Duey, K., ... Wambach, D. (2008). Characterization of everyday functioning in mild cognitive impairment: a direct assessment approach. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(4), 359-365. <https://doi.org/10.1159/000121005>
- Gold, D. A., Park, N. W., Murphy, K. J., & Troyer, A. K. (2015). Naturalistic Action Performance Distinguishes Amnesic Mild Cognitive Impairment from Healthy Aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(6), 419-428. <https://doi.org/10.1017/S135561771500048X>

- Gordon, M. F., Lenderking, W. R., Duhig, A., Chandler, J., Lundy, J. J., Miller, D. S., ... Frank, L. (2016). Development of a patient-reported outcome instrument to assess complex activities of daily living and interpersonal functioning in persons with mild cognitive impairment: The qualitative research phase. *Alzheimer's & Dementia*, 12(1), 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.04.008>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map?: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Hedman, A., Nygard, L., Malinowsky, C., Almkvist, O., & Kottorp, A. (2016). Changing everyday activities and technology use in mild cognitive impairment. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 111-119. <https://doi.org/10.1177/0308022615586800>
- Hughes, T. F., Chang, C.-C. H., Bilt, J. V., Snitz, B. E., & Ganguli, M. (2012). Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: the Monongahela-Youghioghenny Healthy Aging Team study. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 836-844. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182423961>
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., ... Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0099-0>
- Kirova, A.-M., Bays, R. B., & Lagalwar, S. (2015). Working Memory and Executive Function Decline across Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, 2015, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/748212>
- Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(10), 1452-1459. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.06.019>
- Lassen-Greene, C. L., Steward, K., Okonkwo, O., Porter, E., Crowe, M., Vance, D. E., ... Wadley, V. G. (2017). Mild Cognitive Impairment and Changes in Everyday Function Over Time: The Importance of Evaluating Both Speed and Accuracy. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(4), 220-227. <https://doi.org/10.1177/0891988717711807>

- Luck, T., Luppá, M., Wiese, B., Maier, W., van den Bussche, H., Eisele, M., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Prediction of Incident Dementia: Impact of Impairment in Instrumental Activities of Daily Living and Mild Cognitive Impairment—Results From the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 943-954. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31825c09bc>
- Martin, R. C., Gerstenecker, A., Triebel, K. L., Falola, M., McPherson, T., Cutter, G., & Marson, D. C. (s. d.). Declining Financial Capacity in Mild Cognitive Impairment: A Six-Year Longitudinal Study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy030>
- Oliveira, E. M. de, Silva, H. S. da, Lopes, A., Cachioni, M., Falcão, D. V. da S., Batistoni, S. S. T., ... Yassuda, M. S. (2015). Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*, 20(1), 109-120. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
- Peres, K., Chrysostome, V., Fabrigoule, C., Orgogozo, J. M., Dartigues, J. F., & Barberger-Gateau, P. (s. d.). Restriction in complex activities of daily living in MCI, 6.
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, 275(3), 214-228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Royall, D. R., Palmer, R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (2004). Declining Executive Control in Normal Aging Predicts Change in Functional Status: The Freedom House Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(3), 346-352. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52104.x>
- Ryd, C., Nygård, L., Malinowsky, C., Öhman, A., & Kottorp, A. (2015). Associations between performance of activities of daily living and everyday technology use among older adults with mild stage Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 33-42. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.964307>

- Schmitter-Edgecombe, M., Howard, J. T., Pavawalla, S. P., Howell, L., & Rueda, A. (2008). Multitask Memory Notebook Intervention for Very Mild Dementia: A Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(5), 477-487. <https://doi.org/10.1177/1533317508320794>
- Schmitter-Edgecombe, M., McAlister, C., & Weakley, A. (2012). Naturalistic assessment of everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment: the day-out task. *Neuropsychology*, 26(5), 631-641. <https://doi.org/10.1037/a0029352>
- Schmitter-Edgecombe, M., & Parsey, C. M. (2014). Assessment of functional change and cognitive correlates in the progression from healthy cognitive aging to dementia. *Neuropsychology*, 28(6), 881-893. <https://doi.org/10.1037/neu0000109>
- Teng, E., Becker, B. W., Woo, E., Cummings, J. L., & Lu, P. H. (2010). Subtle Deficits in Instrumental Activities of Daily Living in Subtypes of Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(3), 189-197. <https://doi.org/10.1159/000313540>
- Triebel, K. L., Martin, R., Griffith, H. R., Marceaux, J., Okonkwo, O. C., Harrell, L., ... Marson, D. C. (2009). Declining financial capacity in mild cognitive impairment. *Neurology*, 73(12), 928-934. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b87971>
- Valdes, E. G., O'Connor, M. L., & Edwards, J. D. (2012). The effects of cognitive speed of processing training among older adults with psychometrically- defined mild cognitive impairment. *Current Alzheimer Research*, 9(9), 999-1009.
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., Vance, D. E., Elgin, J. M., Ball, K. K., & Owsley, C. (2009). Mild cognitive impairment and everyday function: an investigation of driving performance. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(2), 87-94. <https://doi.org/10.1177/0891988708328215>
- Wesson, J., Clemson, L., Crawford, J. D., Kochan, N. A., Brodaty, H., & Reppermund, S. (2017). Measurement of Functional Cognition and Complex Everyday Activities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: Validity of the Large Allen's Cognitive Level Screen. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 471-482. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.021>

Yeh, Y.-C., Lin, K.-N., Chen, W.-T., Lin, C.-Y., Chen, T.-B., & Wang, P.-N. (2011). Functional Disability Profiles in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(3), 225-232. <https://doi.org/10.1159/000326910>

Chapitre 5 Discussion

L'objectif de notre étude était de documenter le point de vue des ergothérapeutes du Québec sur l'impact fonctionnel du TCL. À notre connaissance, il s'agit de la première étude visant à mieux connaître la perspective et la pratique des ergothérapeutes québécois de cet état prodromal de la démence. Actuellement il n'existe pas de consensus concernant les impacts fonctionnels du trouble cognitif léger ni une façon standardisée de le différencier du vieillissement normal ou d'un début de démence. Donc, il n'existe pas un consensus sur le critère lié aux atteintes fonctionnelles, quelles sont ses difficultés et comment les identifier.

Ce chapitre approfondit divers points soulevés lors de l'analyse du sondage. Il se divise en trois sections : 1) les principaux résultats et les pistes de recherches futures ; 2) les limites des résultats ; et 3) les retombées du projet.

5.1 Principaux résultats et pistes de recherches futures

Un des résultats importants de ce sondage est que plus de 50% des ergothérapeutes disent très bien connaître cet état. Ainsi, la majorité des ergothérapeutes dans notre étude a démontré une connaissance générale du TCL. Cependant, quelques différences ont été constatées entre leurs réponses les écrits scientifiques. La plupart des répondants ont indiqué que les difficultés liées au TCL sont rencontrées principalement dans les AIVQ, et que ces difficultés sont plus marquées que ceux liés au vieillissement normal. Toutefois, une partie importante des professionnels (25%) a mentionné les activités de base comme étant également affectées dans le TCL. De plus, une grande majorité ne connaît pas les sous-types de TCL. Enfin, ils utilisent peu l'observation directe pour évaluer l'indépendance fonctionnelle dans cette condition. Ils privilégiant les tests permettant de dépister les troubles cognitifs, tels que le MOCA ou le MMSE.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus lors des sondages réalisés auprès d'ergothérapeutes au Canada pratiquant auprès d'une clientèle gériatrique (Douglas et al., 2007; Belchior et al. 2015). Le sondage réalisé par Douglas et al. (2007) avait pour but de connaître les évaluations standardisées et non standardisées utilisées par les ergothérapeutes auprès d'une

population gériatrique. Trois façons de répondre au sondage ont été utilisées : par courrier électronique, par courrier postal ou via un site Internet. Un total de 247 ergothérapeutes a participé au sondage, ce qui représente un taux de réponse de 24,5%; parmi ceux-ci, 43 (17,4%) ont participé par voie électronique. Les résultats montrent que l'évaluation des composantes cognitives était plus fréquente que l'évaluation du fonctionnement dans les activités quotidiennes. De même, l'étude de Belchior et al. (2015) montre que les ergothérapeutes canadiens identifient les problèmes cognitifs plus fréquemment que les problèmes fonctionnels auprès des patients TCL. L'étude en question a été réalisée au moyen d'un sondage dans lequel les ergothérapeutes ont été incités à lire deux vignettes de patients TCL, soit un cas TCL amnésique et l'autre non-amnésique. Les participants devaient identifier de possibles difficultés et mentionner quels outils de dépistage et d'évaluation ils utiliseraient dans leur pratique pour les évaluer.

Puisqu'il n'existe pas encore de consensus ni de façon standardisée d'évaluer l'impact fonctionnel du TCL, il se peut que les ergothérapeutes priorisent des tests standardisés évaluant la cognition. De plus, les professionnels n'ont pas encore accès à des outils standardisés sensibles à l'impact fonctionnel du TCL (Belchior et al., 2015). Il se peut également que les ergothérapeutes priorisent leurs connaissances tacites, c.-à-d. des connaissances acquises avec l'expérience, plutôt que la connaissance des données probantes sur le TCL. Les connaissances tacites peuvent toutefois montrer certaines limites. Par exemple, en évaluant les réponses sur les sous types de TCL, on peut supposer qu'il n'existe pas une connaissance assez approfondie de cet état, même parmi ceux qui ont répondu avoir une très bonne connaissance du sujet. On pourrait également supposer que certains ergothérapeutes confondent le début de la démence avec le TCL.

Ainsi, il serait important d'approfondir notre connaissance de la pratique des ergothérapeutes, afin de mieux comprendre le contexte qui les amène à faire ces choix de pratique. Pour illustrer notre propos, voici un élément mentionné dans la section réservée au commentaire par un des participants :

“Je trouve mon milieu de pratique souvent peu propice à une évaluation adéquate des déficits cognitifs. De plus, comme tout doit aller vite vite vite, les médecins s'attendent à des évaluations papier crayon rapide pour avoir un chiffre mais cela

va à l'encontre de ma spécificité professionnelle. Puis, dans mon milieu, on n'a pas l'occasion malheureusement d'intervenir réellement sur les difficultés observées."

Ce type de précisions permettrait de nuancer les résultats du sondage et des études futures apportant ces nuances seraient très enrichissantes pour la pratique. Ainsi, des groupes de discussion focalisée pourraient être un bon moyen d'approfondir notre compréhension de la pratique clinique. Plusieurs répondants nous ont d'ailleurs signalé l'intérêt de participer à des groupes de discussion sur le TCL, ce qui montre l'intérêt, pour plusieurs, d'approfondir le sujet. De plus, les connaissances tacites des ergothérapeutes pourraient venir enrichir la connaissance scientifique du TCL. Dans un contexte de transfert de connaissances, ces échanges entre la clinique et la recherche sont riches, car ils permettent la bonification des connaissances dans les deux sens.

Enfin, nous pensons important de documenter les possibles barrières, autre que celles liées au contexte de pratique, qui pourraient expliquer l'écart entre la pratique clinique et les données probantes. Pour guider ces études futures, le cadre théorique du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2007) semble être intéressant. Le cadre du NICE est un guide pour les professionnels de la santé ayant pour but de les aider à offrir des soins adéquats aux patients, en encourageant les cliniciens à changer leur pratique pour être en accord avec les dernières lignes directrices. Ce modèle identifie, entre autres, les principaux obstacles aux changements qui peuvent être rencontrés dans le milieu de santé, tels que la motivation, les croyances et attitudes des cliniques, leurs compétences ainsi que des diverses considérations pratiques (comme avoir les ressources et le personnel nécessaires dans les milieux de pratique). Cette identification des barrières nous amènerait ensuite à synthétiser et à disséminer nos résultats, ainsi qu'à proposer des solutions pratiques afin de les surmonter.

Ce sondage est donc un premier pas vers l'amélioration des pratiques envers la clientèle âgée atteinte de troubles cognitifs.

5.2 Les forces et limites de l'étude

Le sondage en ligne est un bon moyen d'explorer les connaissances d'un groupe de personnes. Il est peu coûteux et rapide (NICE, 2007). Notre échantillon est également représentatif de la population d'ergothérapeute du Québec qui pratique en gériatrie, mais le taux de réponse était assez faible – quoique représentatif des résultats souvent obtenus via des sondages en ligne. De plus, tel que déjà mentionné, un sondage ne permet pas d'approfondir les réponses des ergothérapeutes et de les nuancer en fonction de leur contexte de pratique. Enfin, il se peut que certaines questions aient été mal comprises par les répondants, influençant ainsi la qualité des réponses.

5.3 Retombées du projet

Ce projet de recherche nous a donné un aperçu de la pratique des ergothérapeutes sur les impacts fonctionnels du TCL. Après avoir observé un écart entre la littérature et la pratique, il semble souhaitable de réaliser un projet futur de transfert de connaissance qui permettra à la fois un approfondissement de ces connaissances et un partage avec les cliniciens via les groupes de discussion et la diffusion en ligne des résultats issus de ces échanges.

Avec le partage de nos résultats, nous nous attendons, dans un premier temps, à une conscientisation des ergothérapeutes, afin d'inciter un premier pas vers un changement. Plusieurs d'entre eux ont d'ailleurs signalé l'intérêt d'en apprendre davantage sur le sujet à la suite de ce sondage. Celui-ci peut donc être un premier pas, pour certains ergothérapeutes, vers une prise de conscience de l'importance de mieux comprendre le TCL et comment l'évaluer en ergothérapie. Un changement dans la pratique clinique pourrait même être utile pour d'autres professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle. Ainsi, des commentaires indiqués à la fin du sondage vont dans ce sens :

« Je suis préoccupée par la tendance des MD de mettre rapidement des diagnostics d'Alzheimer, démences, etc sans avoir évalué le fonctionnement des gens; juste pour administrer les médicaments et en faciliter le financement RAMQ »

« Les médecins indiquent souvent TCL dans les dossiers alors qu'il y a des impacts fonctionnels significatifs à l'évaluation en ergothérapie. »

À moyen terme, nous souhaitons une augmentation des savoirs, afin que les cliniciens soient en mesure d'identifier le TCL le plus tôt possible, en utilisant des évaluations appropriées, qu'ils soient capables de différencier les changements liés au vieillissement normal de ceux liés au TCL et qu'ils puissent offrir les meilleurs soins aux patients. Nous souhaitons également aider à combler les lacunes dans les écrits scientifiques autour de ce sujet.

À plus long terme, nous souhaitons que notre projet puisse soutenir la pratique de façon à améliorer la qualité de vie de la population qui pourrait se traduire par la préservation de l'indépendance des individus sur une plus longue période de temps. Une détection précoce de cette condition permettrait de mettre en place des interventions visant à maintenir l'indépendance.

Chapitre 6 Conclusion

Ce projet a permis un premier aperçu de la pratique des ergothérapeutes du Québec auprès des personnes atteintes du TCL. Ce sondage a mis en lumière les connaissances des ergothérapeutes du diagnostic, les outils qu'ils privilégient pour évaluer cette condition et ces impacts sur le fonctionnement quotidien. Ce sondage est donc un premier pas vers une meilleure compréhension de cette pratique et vise, à terme, à enrichir les connaissances scientifiques du TCL à partir des connaissances tacites des ergothérapeutes mais également, à enrichir la pratique clinique via l'intégration des données probantes. Nous croyons que ce sondage, malgré les limites inhérentes à ce type de recherche, est un premier pas vers une amélioration de notre connaissance du TCL et de la pratique clinique.

Références

- Ahmed, S., de Jager, C. A., Haigh, A.-M., & Garrard, P. (2013). Semantic processing in connected speech at a uniformly early stage of autopsy-confirmed Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 27(1), 79-85. <https://doi.org/10.1037/a0031288>
- Ahn, I. S., Kim, J.-H., Kim, S., Chung, J. W., Kim, H., Kang, H. S., & Kim, D. K. (2009). Impairment of instrumental activities of daily living in patients with mild cognitive impairment. *Psychiatry Investigation*, 6(3), 180-184. <https://doi.org/10.4306/pi.2009.6.3.180>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... Phelps, C. H. (2011a). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... Phelps, C. H. (2011b). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Albert, M. S., Moss, M. B., Tanzi, R., & Jones, K. (2001). Preclinical prediction of AD using neuropsychological tests. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7(5), 631-639. <https://doi.org/10.1017/S1355617701755105>
- Allaire, J. C., Gamaldo, A., Ayotte, B. J., Sims, R., & Whitfield, K. (2009). Mild cognitive impairment and objective instrumental everyday functioning: the everyday cognition battery memory test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 120-125. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02054.x>

- Amieva, H., & Dartigues, J.-F. (2013). ETNA3, a clinical randomized study assessing three cognitive-oriented therapies in dementia: rationale and general design. *Revue neurologique*, 169(10), 752–756.
- Aretouli, E., & Brandt, J. (2010). Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(3), 224–233. <https://doi.org/10.1002/gps.2325>
- Bäckman, L. (2008a). Memory and Cognition in Preclinical Dementia: What We Know and What We Do Not Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 354–360. <https://doi.org/10.1177/070674370805300604>
- Bäckman, L. (2008b). Memory and Cognition in Preclinical Dementia: What We Know and What We Do Not Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 354–360. <https://doi.org/10.1177/070674370805300604>
- Baeyens, J.-P., Bier, J.-C., Brand, D., De Lepeleire, J., De Mol, J., Dierckx, E., ... Petrovic, M. (2016). Dementia: diagnosis, behaviour management, ethical issues. Advisory Report of the Superior Health Council, 8890.
- Baleztena, J., Ruiz-Canela, M., Sayon-Orea, C., Pardo, M., Añorbe, T., Gost, J. I., ... Bes-Rastrollo, M. (2018). Association between cognitive function and supplementation with omega-3 PUFAs and other nutrients in ≥ 75 years old patients: A randomized multicenter study. *PloS One*, 13(3), e0193568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193568>
- Bangen, K. J., Jak, A. J., Schiehser, D. M., Delano-Wood, L., Tuminello, E., Han, S. D., ... Bondi, M. W. (2010). Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(04), 630–639. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000330>
- Belchior, P., Korner-Bitensky, N., Holmes, M., & Robert, A. (2015). Identification and assessment of functional performance in mild cognitive impairment: A survey of occupational therapy practices. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(3), 187–196. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12201>
- Belleville, S., Clément, F., Mellah, S., Gilbert, B., Fontaine, F., & Gauthier, S. (2011). Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*, 134(6), 1623–1634.

- Belleville, S., Gauthier, S., Lepage, É., Kergoat, M.-J., & Gilbert, B. (2014). Predicting decline in mild cognitive impairment: A prospective cognitive study. *Neuropsychology*, 28(4), 643–652. <https://doi.org/10.1037/neu0000063>
- Belleville, S., Sylvain-Roy, S., de Boysson, C., & Menard, M.-C. (2008). Characterizing the memory changes in persons with mild cognitive impairment. *Progress in brain research*, 169, 365–375.
- Bier, N., Belchior, P. da C., Paquette, G., Beauchemin, E., Lacasse-Champagne, A., Messier, C., ... Bottari, C. (2016). The Instrumental Activity of Daily Living Profile in Aging: A Feasibility Study. *Journal of Alzheimer*, 52(4), 1361–1371. <https://doi.org/10.3233/JAD-150957>
- Bier, N., Grenier, S., Brodeur, C., Gauthier, S., Gilbert, B., Hudon, C., ... Belleville, S. (2015). Measuring the impact of cognitive and psychosocial interventions in persons with mild cognitive impairment with a randomized single-blind controlled trial: rationale and design of the MEMO plus study. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 511–525. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001902>
- Blanchet, S., Chikhi, S., & Maltais, D. (2018). The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, (2), 197–205. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0734>
- Bohannon - 2016 - Who's downloading pirated papers Everyone.pdf. (s. d.).
- Bohannon, J. (2016). Who's downloading pirated papers? Everyone. *Science*, 352(6285), 508–512. <https://doi.org/10.1126/science.352.6285.508>
- Bohannon_2016_Who's downloading pirated papers.pdf. (s. d.). Consulté à l'adresse <http://science.sciencemag.org/content/sci/352/6285/508.full.pdf>
- Bordato, S. (2009). Maladie d'Alzheimer. *Le Journal des psychologues*, (269), 61–64. <https://doi.org/10.3917/jdp.269.0061>
- Bottari, C., Dassa, C., Rainville, C., & Dutil, É. (2009a). The criterion-related validity of the IADL Profile with measures of executive functions, indices of trauma severity and sociodemographic characteristics. *Brain Injury*, 23(4), 322–335. <https://doi.org/10.1080/02699050902788436>

- Bottari, C., Dassa, C., Rainville, C., & Dutil, É. (2009b). The factorial validity and internal consistency of the Instrumental Activities of Daily Living Profile in individuals with a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(2), 177–207. <https://doi.org/10.1080/09602010802188435>
- Bourin, M. (2015a). Comment diagnostiquer une maladie d'Alzheimer? *PSN*, 13(1), 43–50.
- Bourin, M. (2015b). Comment diagnostiquer une maladie d'Alzheimer ?, How to diagnose an Alzheimer's disease ? *PSN*, me 13(1), 43–50.
- Brooks, L. G., & Loewenstein, D. A. (2010). Assessing the progression of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: current trends and future directions. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2(5), 28. <https://doi.org/10.1186/alzrt52>
- Brown, P. J. (2011). Functional Impairment in Elderly Patients With Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 617. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.57>
- Bruderer-Hofstetter, M., Rausch-Osthoff, A.-K., Meichtry, A., Münzer, T., & Niedermann, K. (2018). Effective multicomponent interventions in comparison to active control and no interventions on physical capacity, cognitive function and instrumental activities of daily living in elderly people with and without mild impaired cognition - A systematic review and network meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 45, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.04.002>
- Buckley, R. F., Ellis, K. A., Ames, D., Rowe, C. C., Lautenschlager, N. T., Maruff, P., ... Saling, M. M. (2015). Phenomenological characterization of memory complaints in preclinical and prodromal Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 29(4), 571–581. <https://doi.org/10.1037/neu0000156>
- Burton, C. L., Strauss, E., Bunce, D., Hunter, M. A., & Hultsch, D. F. (2009a). Functional abilities in older adults with mild cognitive impairment. *Gerontology*, 55(5), 570–581. <https://doi.org/10.1159/000228918>
- Burton, C. L., Strauss, E., Bunce, D., Hunter, M. A., & Hultsch, D. F. (2009b). Functional Abilities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Gerontology*, 55(5), 570–581. <https://doi.org/10.1159/000228918>

- Cabeza, R., Anderson, N. D., Locantore, J. K., & McIntosh, A. R. (2002). Aging Gracefully: Compensatory Brain Activity in High-Performing Older Adults. *NeuroImage*, 17(3), 1394-1402. <https://doi.org/10.1006/nimg.2002.1280>
- Casemiro, F. G., Quirino, D. M., Diniz, M. A. A., Rodrigues, R. A. P., Pavarini, S. C. I., & Grato, A. C. M. (2018). Effects of health education in the elderly with mild cognitive impairment. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71 Suppl 2, 801-810. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0032>
- Castro, M., & Smith, G. E. (2015). Mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. Dans *APA handbook of clinical geropsychology*, Vol. 2: Assessment, treatment, and issues of later life. (p. 173-207). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-007>
- Chaves, G. de F. dos S., Oliveira, A. M., Chaves, J. A. dos S., Forlenza, O. V., Aprahamian, I., & Nunes, P. V. (2016). Assessment of impairment in activities of daily living in mild cognitive impairment using an individualized scale. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74(7), 549-554. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20160075>
- Chen, H.-M., Yeh, Y.-C., Su, W.-L., Huang, M.-F., Chang, C.-W., & Chen, C.-S. (2015). Development and validation of a new performance-based measurement of instrumental activities of daily living in Taiwan. *Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 15(4), 227-234. <https://doi.org/10.1111/psyg.12096>
- Clément, F., Belleville, S., Bélanger, S., & Chassé, V. (2009). Personality and psychological health in persons with mild cognitive impairment. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 28(2), 147-156.
- Collaboration, O. S. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716. <https://doi.org/10.1126/science.aac4716>
- Cook, C., Heath, F., & Thompson, R. L. (2000). A Meta-Analysis of Response Rates in Web- or Internet-Based Surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/00131640021970934>
- Cornelis, E., Gorus, E., Beyer, I., Bautmans, I., & De Vriendt, P. (2017). Early diagnosis of mild cognitive impairment and mild dementia through basic and instrumental activities of daily living: Development of a new evaluation tool. *PLoS Medicine / Public Library of Science*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002250>

- Craik, F. I. (2008). Memory Changes in Normal and Pathological Aging. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 343-345. <https://doi.org/10.1177/070674370805300601>
- Daly, E., Zaitchik, D., Copeland, M., Schmahmann, J., Gunther, J., & Albert, M. (2000). Predicting Conversion to Alzheimer Disease Using Standardized Clinical Information. *Archives of Neurology*, 57(5), 675-680. <https://doi.org/10.1001/archneur.57.5.675>
- de Rotrou, J., Wu, Y.-H., Mabire, J.-B., Moulin, F., de Jong, L. W., Rigaud, A.-S., ... Vidal, J.-S. (2013). Does cognitive function increase over time in the healthy elderly? *PloS One*, 8(11), e78646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078646>
- de Siqueira, A. S. S., Yokomizo, J. E., Jacob-Filho, W., Yassuda, M. S., & Aprahamian, I. (2017). Review of Decision-Making in Game Tasks in Elderly Participants with Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 43(1-2), 81-88. <https://doi.org/10.1159/000455120>
- De Vriendt, P., Gorus, E., Cornelis, E., Velghe, A., Petrovic, M., & Mets, T. (2012). The process of decline in advanced activities of daily living: a qualitative explorative study in mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 974-986. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002766>
- Delacourte, A., Campion, D., & Davous, P. (2007). Morbo di Alzheimer. *EMC-Neurologia*, 7(4), 1-26.
- der synaptischen Übertragung, P. C. (s. d.). Laboratory for cognitive and neurological sciences
Chaire de Neurologie Département de Médecine Faculté des Sciences.
- Desgranges, B., Gonneaud, J., & Eustache, F. (2014). Mémoire épisodique et vieillissement : cognition et imagerie cérébrale. *Revue Neurologique*, 170, A172. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2014.01.004>
- Desgranges, B., Kalpouzos, G., & Eustache, F. (2008). [Cerebral imaging in healthy aging: contrast with Alzheimer disease]. *Revue Neurologique*, 164 Suppl 3, S102-107. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(08\)73299-5](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(08)73299-5)
- Doi, T., Verghese, J., Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Hotta, R., Nakakubo, S., ... Shimada, H. (2017). Effects of Cognitive Leisure Activity on Cognition in Mild Cognitive Impairment: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 686-691. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.013>

- Dolcos, F., Rice, H. J., & Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry and aging: right hemisphere decline or asymmetry reduction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(7), 819-825. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(02\)00068-4](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(02)00068-4)
- Douglas, A., Liu, L., Warren, S., & Hopper, T. (2007). Cognitive Assessments for Older Adults: Which Ones are Used by Canadian Therapists and Why. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 370-381. <https://doi.org/10.2182/cjot.07.010>
- Dramé, K., Diallo, G., Delva, F., Dartigues, J. F., Mouillet, E., Salamon, R., & Mougin, F. (2014). Reuse of termino-ontological resources and text corpora for building a multilingual domain ontology: an application to Alzheimer's disease. *Journal of biomedical informatics*, 48, 171-182.
- Drew, T., Boyle, P., Lacaille, J.-C., & Bliss, T. V. (2010). PROGRAMME PROGRAM.
- Dubois, B., Beato, R., & Kalafat, M. (2002a). Avant la démence..., ou les limites du concept de trouble cognitif léger (MCI: mild cognitive impairment). *médecine/sciences*, 18(6-7), 775-779. <https://doi.org/10.1051/medsci/20021867775>
- Dubois, B., Beato, R., & Kalafat, M. (2002b). Avant la démence..., ou les limites du concept de trouble cognitif léger (MCI: mild cognitive impairment). *médecine/sciences*, 18(6-7), 775-779. <https://doi.org/10.1051/medsci/20021867775>
- Dubois, B., De Souza, L. C., Uspenskaya, O., Lamari, F., & Sarazin, M. (2012). Nouveau concept de la maladie d'Alzheimer: apport des biomarqueurs. *Revue Francophone des Laboratoires*, 2012(439, Part 2), 7-8. [https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(12\)71321-7](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(12)71321-7)
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Cummings, J. L., DeKosky, S. T., Barberger-Gateau, P., ... Scheltens, P. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *The Lancet Neurology*, 9(11), 1118-1127. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70223-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70223-4)
- Durand, A.-A. (2016, septembre 21). Alzheimer: 900 000 malades, 2 millions d'aidants, 19 milliards d'euros de coûts... et 0 traitement. *Le Monde.fr*. Consulté à l'adresse https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/09/21/alzheimer-900-000-malades-2-millions-d-aidants-19-milliards-d-euros-de-couts-et-0-traitement_5001325_4355770.html

- Esposito, F., Rochat, L., Van der Linden, A.-C. J., Lekeu, F., Charnallet, A., & Van der Linden, M. (2014). Apathy in aging: Are lack of interest and lack of initiative dissociable? *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 43–50.
- Fan, W., & Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015>
- Falck, R. S., Landry, G. J., Best, J. R., Davis, J. C., Chiu, B. K., & Liu-Ambrose, T. (2017). Cross-Sectional Relationships of Physical Activity and Sedentary Behavior With Cognitive Function in Older Adults With Probable Mild Cognitive Impairment. *Physical Therapy*, 97(10), 975–984. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx074>
- Farias, Sarah T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., Cahn-Weiner, D., & Decarli, C. (2006). MCI is associated with deficits in everyday functioning. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(4), 217–223. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000213849.51495.d9>
- Farias, Sarah Tomaszewski, Lau, K., Harvey, D., Denny, K. G., Barba, C., & Mefford, A. N. (2017). Early Functional Limitations in Cognitively Normal Older Adults Predict Diagnostic Conversion to Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6), 1152–1158. <https://doi.org/10.1111/jgs.14835>
- Fliss, R., Lemerre, M., & Mollard, A. (2016). Performances on a cognitive theory of mind task: specific decline or general cognitive deficits? Evidence from normal aging. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 14(2), 221–230. <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0603>
- Forstmeier, S., Maercker, A., Maier, W., van den Bussche, H., Riedel-Heller, S., Kaduszkiewicz, H., ... Wagner, M. (2012). Motivational reserve: Motivation-related occupational abilities and risk of mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Psychology and Aging*, 27(2), 353–363. <https://doi.org/10.1037/a0025117>
- Fournet, N., Mosca, C., & Moreaud, O. (2007). [Deficits in inhibitory processes in normal aging and patients with Alzheimer's disease: a review]. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 5(4), 281–294.
- Gagnon, L. (2011). Working memory in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment (MCI): assessment and intervention.

- Gasquoine, P. G. (2016). Effects of bilingualism on vocabulary, executive functions, age of dementia onset, and regional brain structure. *Neuropsychology*, 30(8), 988–997. <https://doi.org/10.1037/neu0000294>
- Giebel, C., & Challis, D. (2015). Translating cognitive and everyday activity deficits into cognitive interventions in mild dementia and mild cognitive impairment: Translation into cognitive interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 21–31. <https://doi.org/10.1002/gps.4170>
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2017). Hierarchical Decline of the Initiative and Performance of Complex Activities of Daily Living in Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(2), 96–103. <https://doi.org/10.1177/0891988716686835>
- Giovannetti, T., Bettcher, B. M., Brennan, L., Libon, D. J., Burke, M., Duey, K., ... Wambach, D. (2008). Characterization of everyday functioning in mild cognitive impairment: a direct assessment approach. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(4), 359–365. <https://doi.org/10.1159/000121005>
- Godefroy, O., Leclercq, C., Bugnicourt, J.-M., Roussel, M., Moroni, C., Quaglino, V., ... Bonnin, C. (2013). Neuropsychological assessment and cerebral vascular disease: the new standards. *Revue neurologique*, 169(10), 779–785.
- Gold, D. A., Park, N. W., Murphy, K. J., & Troyer, A. K. (2015). Naturalistic Action Performance Distinguishes Amnesic Mild Cognitive Impairment from Healthy Aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(6), 419–428. <https://doi.org/10.1017/S135561771500048X>
- Gold, D. A., Park, N. W., Troyer, A. K., & Murphy, K. J. (2015). Compromised naturalistic action performance in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 29(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/neu0000132>
- Goldberg, T. E., Koppel, J., Keehlisen, L., Christen, E., Dreses-Werringloer, U., Conejero-Goldberg, C., ... Davies, P. (2010). Performance-based measures of everyday function in mild cognitive impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 845–853. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09050692>
- Gordon, M. F., Lenderking, W. R., Duhig, A., Chandler, J., Lundy, J. J., Miller, D. S., ... Frank, L. (2016). Development of a patient-reported outcome instrument to assess complex activities of daily living and interpersonal functioning in persons with mild cognitive

- impairment: The qualitative research phase. *Alzheimer's & Dementia*, 12(1), 75–84.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.04.008>
- Greenaway, M. C., Duncan, N. L., & Smith, G. E. (2013). The Memory Support System for Mild Cognitive Impairment: Randomized trial of a cognitive rehabilitation intervention. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(4), 402–409.
<https://doi.org/10.1002/gps.3838>
- Guerrero, E., Nieves, J. C., & Lindgren, H. (2013). ALI: An assisted living system for persons with mild cognitive impairment. Dans *Computer-Based Medical Systems (CBMS)*, 2013 IEEE 26th International Symposium on (p. 526–527). IEEE.
- Guerriero Austrom, M., Johnson, C. B., Rexroth, D. F., & Unverzagt, F. W. (2016). Neurocognitive disorders. Dans *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health*, Vol. 4 (p. 253–271). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14862-009>
- Habib, R., Nyberg, L., & Tulving, E. (2003). Hemispheric asymmetries of memory: the HERA model revisited. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(6), 241–245.
[https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00110-4](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00110-4)
- Hall, A., Mattila, J., Koikkalainen, J., Loejonen, J., Wolz, R., Scheltens, P., ... Soininen, H. (2015). Predicting Progression from Cognitive Impairment to Alzheimer's Disease with the Disease State Index. *Current Alzheimer Research*, 12(1), 69–79.
<https://doi.org/10.2174/1567205012666141218123829>
- Hall, A., Mattila, J., Koikkalainen, J., Lotjonen, J., Wolz, R., Scheltens, P., ... Freund-Levi, Y. (2015). Predicting progression from cognitive impairment to Alzheimer's disease with the Disease State Index. *Current Alzheimer Research*, 12(1), 69–79.
- Handels, R. L. H., Xu, W., Rizzuto, D., Caracciolo, B., Wang, R., Winblad, B., ... Wimo, A. (2013). Natural progression model of cognition and physical functioning among people with mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33(1), 357–365. <https://doi.org/10.3233/JAD-130296>
- Harrison, J., Rentz, D. M., McLaughlin, T., Niecko, T., Gregg, K. M., Black, R. S., ... Group, for the E.-A.-901 S. I. (2014). Cognition in MCI and Alzheimer's Disease: Baseline Data from a Longitudinal Study of the NTB. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(2), 252–268.
<https://doi.org/10.1080/13854046.2013.875595>

- Hedman, A., Nygard, L., Malinowsky, C., Almkvist, O., & Kottorp, A. (2016). Changing everyday activities and technology use in mild cognitive impairment. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 111–119. <https://doi.org/10.1177/0308022615586800>
- Hill, R. D., Mansour, E., Valentijn, S., Jolles, J., & van Boxtel, M. (2010). The SF-36 as a precursory measure of adaptive functioning in normal aging: the Maastricht Aging Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22(5–6), 433–439. <https://doi.org/10.1007/BF03324943>
- Hsiao, J. J., Lu, P. H., Grill, J. D., & Teng, E. (2015). Longitudinal Declines in Instrumental Activities of Daily Living in Stable and Progressive Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39(1–2), 12–24. <https://doi.org/10.1159/000365587>
- Hosmerr DW, Lemeshow S.(2000). *Applied logistic regression* - 2nd ed. NewYork : Wiley
- Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J., & Storzbach, D. (2013). Efficacy of cognitive rehabilitation therapies for mild cognitive impairment (MCI) in older adults: working toward a theoretical model and evidence-based interventions. *Neuropsychology Review*, 23(1), 63–80. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9230-9>
- Hughes, T. F., Chang, C.-C. H., Bilt, J. V., Snitz, B. E., & Ganguli, M. (2012). Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: the Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team study. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 836–844. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182423961>
- Isingrini, M., & L. (2008). Mémoire épisodique, fonctionnement frontal et vieillissement Episodic memory, frontal functioning, and aging. *Revue neurologique*, 164, S91–S95.
- Jack, C. R., Albert, M. S., Knopman, D. S., McKhann, G. M., Sperling, R. A., Carrillo, M. C., ... Phelps, C. H. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.004>
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., ... Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0099-0>

- Jicha, G. A., Abner, E., Schmitt, F. A., Cooper, G. E., Stiles, N., Hamon, R., ... Markesbery, W. R. (2008). Clinical Features of Mild Cognitive Impairment Differ in the Research and Tertiary Clinic Settings. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(2), 187-192. <https://doi.org/10.1159/000151635>
- Johns, B. T., Taler, V., Pisoni, D. B., Farlow, M. R., Hake, A. M., Kareken, D. A., ... Jones, M. N. (2017). Cognitive Modeling as an Interface Between Brain and Behavior: Measuring the Semantic Decline in Mild Cognitive Impairment. *Canadian Journal of Experimental Psychology/Revue canadienne de psychologie expérimentale*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/cep0000132>
- Jung, S., Lee, S., Bae, S., Lee, S., Makino, K., Shinkai, Y., & Shimada, H. (2018). Effectiveness of the KENKOJISEICHI local revitalization system on cognitive function change in older adults with mild cognitive impairment: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2642-3>
- Kalpouzos, G., Eustache, F., & Desgranges, B. (2008). [Cognitive reserve and neural networks in normal aging and Alzheimer's disease]. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 6(2), 97-105. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0120>
- Kalpouzos, G., Eustache, F., & Desgranges, B. (s. d.). Substrats cérébraux du déclin de la mémoire épisodique : contrastes entre vieillissement normal et maladie d'Alzheimer. *REVUE DE NEUROPSYCHOLOGIE*, 10.
- Kantarci, K., Lesnick, T., Ferman, T. J., Przybelski, S. A., Boeve, B. F., Smith, G. E., ... Petersen, R. C. (2016). Hippocampal volumes predict risk of dementia with Lewy bodies in mild cognitive impairment, 7.
- Kim, K. R., Lee, K. S., Cheong, H.-K., Eom, J.-S., Oh, B. H., & Hong, C. H. (2009). Characteristic Profiles of Instrumental Activities of Daily Living in Different Subtypes of Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(3), 278-285. <https://doi.org/10.1159/000204765>
- Kinsella, G. J., Pike, K. E., Cavuoto, M. G., & Lee, S. D. (2018). Mild cognitive impairment and prospective memory: translating the evidence into neuropsychological practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1468926>
- Kirchberg, B. C., Cohen, J. R., Adelsky, M. B., Buthorn, J. J., Gomar, J. J., Gordon, M., ... Goldberg, T. E. (2012). Semantic distance abnormalities in mild cognitive impairment:

- their nature and relationship to function. *Journal of Psychiatry*, 169(12), 1275–1283.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030383>
- Kirova, A.-M., Bays, R. B., & Lagalwar, S. (2015). Working Memory and Executive Function Decline across Normal Aging, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease. *BioMed Research International*, 2015, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/748212>
- Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(10), 1452–1459.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.06.019>
- Kramer, J. H., Nelson, A., Johnson, J. K., Yaffe, K., Glenn, S., Rosen, H. J., & Miller, B. L. (2006). Multiple Cognitive Deficits in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(4), 306–311. <https://doi.org/10.1159/000095303>
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Voshaar, R. C. O., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing research reviews*, 22, 39–57.
- Lam, L. C.-W., Chan, W. C., Leung, T., Fung, A. W.-T., & Leung, E. M.-F. (2015). Would older adults with mild cognitive impairment adhere to and benefit from a structured lifestyle activity intervention to enhance cognition?: a cluster randomized controlled trial. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 10(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118173>
- Lamari, M. (2010). Le transfert intergénérationnel des connaissances tacites : les concepts utilisés et les évidences empiriques démontrées, 27.
- Lassen-Greene, C. L., Steward, K., Okonkwo, O., Porter, E., Crowe, M., Vance, D. E., ... Wadley, V. G. (2017). Mild Cognitive Impairment and Changes in Everyday Function Over Time: The Importance of Evaluating Both Speed and Accuracy. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(4), 220–227.
<https://doi.org/10.1177/0891988717711807>
- Lassen-Greene CL, Steward K, Okonkwo O, Porter E, Crowe M, Vance DE, ... Wadley VG. (2017). Mild Cognitive Impairment and Changes in Everyday Function Over Time: The Importance of Evaluating Both Speed and Accuracy. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(4), 220–227.

- Lechowski, L., Stampa, M. de, Denis, B., Tortrat, D., Chassagne, P., Robert, P., ... Vellas, B. (2008). Patterns of Loss of Abilities in Instrumental Activities of Daily Living in Alzheimer's Disease: The REAL Cohort Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(1), 46-53. <https://doi.org/10.1159/000111150>
- Lefebvre, M. (2008). L'évaluation des savoirs scientifiques: modalités et enjeux. Dans J. Schöpfel (Éd.), *La publication scientifique: analyses et perspectives* (p. 51-68). Paris: Hermès science publications.
- Liang, J.-H., Xu, Y., Lin, L., Jia, R.-X., Zhang, H.-B., & Hang, L. (2018). Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A PRISMA-compliant network meta-analysis. *Medicine*, 97(20), e10744. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010744>
- Liao, W., Hamel, R. E. G., Olde Rikkert, M. G. M., Oosterveld, S. M., Aalten, P., Verhey, F. R. J., ... Melis, R. J. F. (2016). A profile of The Clinical Course of Cognition and Comorbidity in Mild Cognitive Impairment and Dementia Study (The 4C study): two complementary longitudinal, clinical cohorts in the Netherlands. *BMC Neurology*, 16, 242-242.
- López Mongil, R. (2017). [Cognitive impairment/dementia: assessment and follow-up. Functional aspects]. *Revista española de geriatría y gerontología* (Ed. impresa), 52 Suppl 1, 28-33.
- Luck, T., Lupp, M., Wiese, B., Maier, W., van den Bussche, H., Eisele, M., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Prediction of Incident Dementia: Impact of Impairment in Instrumental Activities of Daily Living and Mild Cognitive Impairment—Results From the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 943-954. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31825c09bc>
- Luis, C. A., Loewenstein, D. A., Acevedo, A., Barker, W. W., & Duara, R. (2003). Mild cognitive impairment: Directions for future research. *Neurology*, 61(4), 438-444.
- Luo, L., & Craik, F. I. (2008). Aging and Memory: A Cognitive Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 346-353. <https://doi.org/10.1177/070674370805300603>
- Mabe, M. (2008). L'édition des revues scientifiques. Dans J. Schöpfel (Éd.), *La publication scientifique: analyses et perspectives* (p. 51-68). Paris: Hermès science publications.

- Marccone, S., Gagnon, J.-F., Lecomte, S., Imbeault, H., Limoges, F., Postuma, R. B., ... Rouleau, I. (2017). Clinical Utility of the Envelope Task in Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 44(1), 9–16.
- Martin, R. C., Gerstenecker, A., Triebel, K. L., Falola, M., McPherson, T., Cutter, G., & Marson, D. C. (s. d.). Declining Financial Capacity in Mild Cognitive Impairment: A Six-Year Longitudinal Study. *Archives of Clinical Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy030>
- McAlister, C., & Schmitter-Edgecombe, M. (2016). Everyday functioning and cognitive correlates in healthy older adults with subjective cognitive concerns. *Clinical Neuropsychologist*, 30(7), 1087–1103. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1190404>
- Mcalister, C., Schmitter-Edgecombe, M., & Lamb, R. (2016). Examination of Variables That May Affect the Relationship Between Cognition and Functional Status in Individuals with Mild Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, acv089. <https://doi.org/10.1093/arclin/acv089>
- McNutt, M. (2016). #IAmAResearchParasite. *Science*, 351(6277), 1005–1005. <https://doi.org/10.1126/science.aaf4701>
- Meguro, K. (2008). Clinical features of mild cognitive impairment and dementia in a community: an update of the Osaki-Tajiri Project. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 215(2), 125–131.
- Mendelzweig, M. D. (2009). Constructing the Alzheimer patient: Bridging the gap between symptomatology and diagnosis. *Science & Technology Studies*.
- Middleton, L. E., Black, S. E., Herrmann, N., Oh, P. I., Regan, K., & Lanctot, K. L. (2018). Centre- versus home-based exercise among people with mci and mild dementia: study protocol for a randomized parallel-group trial. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0684-0>
- Monetta, L. (2014). Acknowledgements: This study was funded by a research grant from the Alzheimer Society of Canada (# 10 59) awarded to C. Hudon. G. Gaudreau received a doctoral scholarship from the Alzheimer Society of Canada (# 11 58) and C. Hudon received a salary award (chercheur-boursier, Junior 2) from the Fonds de la recherche du Québec–Santé (# 22420). Compréhension de l'ironie verbale et capacités de mentalisation chez des personnes âgées présentant un trouble cognitif léger, 37.

- Muir, S. W., Speechley, M., Wells, J., Borrie, M., Gopaul, K., & Montero-Odasso, M. (2012). Gait assessment in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: The effect of dual-task challenges across the cognitive spectrum. *Gait & Posture*, 35(1), 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2011.08.014>
- Mungas, D., Beckett, L., Harvey, D., Tomaszewski Farias, S., Reed, B., Carmichael, O., ... DeCarli, C. (2010). Heterogeneity of cognitive trajectories in diverse older persons. *Psychology and Aging*, 25(3), 606–619. <https://doi.org/10.1037/a0019502>
- Nadeau, J.-B. (2016, janvier 25). Le Québec se met à l'index. *Le Devoir*. Consulté à l'adresse <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/461085/le-quebec-se-met-a-l-index>
- Niedźwieńska, A., Kvavilashvili, L., Ashaye, K., & Neckar, J. (2017). Spontaneous retrieval deficits in amnesic mild cognitive impairment: A case of focal event-based prospective memory. *Neuropsychology*, 31(7), 735–749. <https://doi.org/10.1037/neu0000378>
- No authorship indicated. (2017). "The effectiveness and unique contribution of neuropsychological tests and the δ latent phenotype in the differential diagnosis of dementia in the uniform data set": Correction to John et al. (2016). *Neuropsychology*, 31(1), 19–19. <https://doi.org/10.1037/neu0000339>
- Nygard, L. (2003). Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(s179), 42–46. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.107.s179.8.x>
- O'Connor, M. L., Edwards, J. D., Wadley, V. G., & Crowe, M. (2010). Changes in mobility among older adults with psychometrically defined mild cognitive impairment. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 306–316. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq003>
- Okonkwo, O. C., Griffith, H. R., Vance, D. E., Marson, D. C., Ball, K. K., & Wadley, V. G. (2009). Awareness of Functional Difficulties in Mild Cognitive Impairment: A Multidomain Assessment Approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 978–984. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02261.x>
- Oktem, E. O., Derle, E., Kibaroglu, S., Oktem, C., Akkoyun, I., & Can, U. (2015). The relationship between the degree of cognitive impairment and retinal nerve fiber layer thickness. *Neurological Sciences*, 36(7), 1141–1146.

- Oliveira, E. M. de, Silva, H. S. da, Lopes, A., Cachioni, M., Falcão, D. V. da S., Batistoni, S. S. T., ... Yassuda, M. S. (2015). Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*, 20(1), 109–120. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
- Osiurak, F. (2016). Chapitre II - Histoire du concept d'apraxie. Dans *Que sais-je ?* (p. 34–47). Presses Universitaires de France. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/apraxie-et-troubles-d-utilisation-d-outils--9782130749011-page-34.html>
- Papp, K. V., Snyder, P. J., Maruff, P., Bartkowiak, J., & Pietrzak, R. H. (2011). Detecting subtle changes in visuospatial executive function and learning in the amnesic variant of mild cognitive impairment. *PloS One*, 6(7), e21688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021688>
- Parikh, P. K., Troyer, A. K., Maione, A. M., & Murphy, K. J. (2016). The Impact of Memory Change on Daily Life in Normal Aging and Mild Cognitive Impairment. *Gerontologist*, 56(5), 877–885. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv030>
- Patel, B. (2013). Mild Cognitive Impairment. Elsevier Health Sciences. Consulté à l'adresse <http://www.myilibrary.com?id=756410>
- Peres, K., Chrysostome, V., Fabrigoule, C., Orgogozo, J. M., Dartigues, J. F., & Barberger-Gateau, P. (s. d.). Restriction in complex activities of daily living in MCI, 6.
- Pernecky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P., ... Kurz, A. (2006a). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age & Ageing*, 35(3), 240–245. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj054>
- Pernecky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P., ... Kurz, A. (2006b). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing*, 35(3), 240–245. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj054>
- Perrochon, A., Kemoun, G., Watelain, E., Dugué, B., & Berthoz, A. (2015). The “stroop walking task”: an innovative dual-task for the early detection of executive function impairment. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 45(3), 181–190.
- Peschanski, M. (1989). Deux grands pas vers un diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

- Petersen, Ronald C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Petersen, Ronald C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985–1992. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>
- Pluchon, C., Simonnet, E., Bouche, G., Hugon, J., & Gil, R. (2006). [Automatic recall of didactic knowledge in semantic memory during normal aging and in Alzheimer's disease]. *Revue Neurologique*, 162(6–7), 713–720.
- Poissonnet, A., Henry-Feugeas, M.-C., Drunat, O., Wolmark, Y., Delpierre, S., & Koskas, P. (2012). Evaluation of visual recognition memory for the early diagnosis of Alzheimer's disease in patients over 75 years. *Revue neurologique*, 168(6), 483–487.
- Rabin, L. A., Chi, S. Y., Wang, C., Fogel, J., Kann, S. J., & Aronov, A. (2014). Prospective memory on a novel clinical task in older adults with mild cognitive impairment and subjective cognitive decline. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(6), 868–893. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.915855>
- Reisberg, B., Doody, R., Stöffler, A., Schmitt, F., Ferris, S., & Möbius, H. J. (2003). Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1333–1341. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa013128>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Anand, R., Leon, M. J. de, Schneck, M. K., Buttinger, C., & Borenstein, J. (1984a). Functional Staging of Dementia of the Alzheimer Type. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 435(1), 481–483. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1984.tb13859.x>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Anand, R., Leon, M. J. de, Schneck, M. K., Buttinger, C., & Borenstein, J. (1984b). Functional Staging of Dementia of the Alzheimer Type. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 435(1), 481–483. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1984.tb13859.x>
- Reppermund, S., Brodaty, H., Crawford, J. D., Kochan, N. A., Draper, B., Slavin, M. J., ... Sachdev, P. S. (2013). Impairment in instrumental activities of daily living with high cognitive demand is an early marker of mild cognitive impairment: the Sydney Memory

- and Ageing Study. *Psychological Medicine*, 43(11), 2437–2445. <https://doi.org/10.1017/S003329171200308X>
- Riepe, M. W., & Ibach, B. (2008). Neurological and Psychiatric Practitioners' Views on Alzheimer's Disease and Treatment Thereof. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(6), 541–546. <https://doi.org/10.1159/000180117>
- Ritchie, K., Artero, S., & Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment: A population-based validation study. *Neurology*, 56(1), 37–42. <https://doi.org/10.1212/WNL.56.1.37>
- Ritchie, K., & Touchon, J. (2000). Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status. *The Lancet*, 355(9199), 225–228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06155-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06155-3)
- Robert, P. H., Berr, C., Volteau, M., Bertogliati-Fileau, C., Benoit, M., Guerin, O., ... Group, P. S. (2008). Importance of lack of interest in patients with mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 770–776.
- Rodríguez-Bailón, M., Montoro-Membila, N., Garcia-Morán, T., Arnedo-Montoro, M. L., & Funes Molina, M. J. (2015). Preliminary cognitive scale of basic and instrumental activities of daily living for dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(4), 339–353. <https://doi.org/10.1080/13803395.2015.1013022>
- Royall, D. R., Palmer, R., Chiodo, L. K., & Polk, M. J. (2004). Declining Executive Control in Normal Aging Predicts Change in Functional Status: The Freedom House Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(3), 346–352. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52104.x>
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Conti, M., Bertolotti, E., Delrio, I., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2007). Conversion of amnesic Mild Cognitive Impairment to dementia of Alzheimer type is independent to memory deterioration. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1217–1222. <https://doi.org/10.1002/gps.1816>
- Rycroft, S. S., Giovannetti, T., Divers, R., & Hulswit, J. (2017). Sensitive performance-based assessment of everyday action in older and younger adults. *Aging Neuropsychology & Cognition*, 1, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13825585.2017.1287855>

- Ryd, C., Nygård, L., Malinowsky, C., Öhman, A., & Kottorp, A. (2015). Associations between performance of activities of daily living and everyday technology use among older adults with mild stage Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 33–42. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.964307>
- Ryd, C., Nygård, L., Malinowsky, C., Öhman, A., & Kottorp, A. (2017). Can the everyday technology use questionnaire predict overall functional level among older adults with mild cognitive impairment or mild-stage alzheimer's disease? – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 201–209. <https://doi.org/10.1111/scs.12330>
- Sacco, G., Joumier, Darmon, Dechamps, Derreumaux, Lee, ... Robert. (2012). Detection of activities of daily living impairment in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment using information and communication technology. *Clinical Interventions in Aging*, 539. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36297>
- Salvatore, C., Cerasa, A., & Castiglioni, I. (2018). MRI Characterizes the Progressive Course of AD and Predicts Conversion to Alzheimer's Dementia 24 Months Before Probable Diagnosis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00135>
- Sanchez-Lopez, J., Silva-Pereyra, J., Fernández, T., Alatorre-Cruz, G. C., Castro-Chavira, S. A., González-López, M., & Sánchez-Moguel, S. M. (2018). High levels of incidental physical activity are positively associated with cognition and EEG activity in aging. *PloS One*, 13(1), e0191561. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191561>
- Savla, J., Wang, Z., Roberto, K. A., & Blieszner, R. (2016). Deficits awareness in persons with mild cognitive impairment and family care partners. *Families, Systems, & Health*, 34(4), 429–434. <https://doi.org/10.1037/fsh0000230>
- Schinka, J. A., Raj, A., Loewenstein, D. A., Small, B. J., Duara, R., & Potter, H. (2010). Cross-Validation of the Florida Cognitive Activities Scale (FCAS) in an Alzheimer's Disease Research Center Sample. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(1), 9–14. <https://doi.org/10.1177/0891988709342724>
- Schmitter-Edgecombe, M., Howard, J. T., Pavawalla, S. P., Howell, L., & Rueda, A. (2008). Multitask Memory Notebook Intervention for Very Mild Dementia: A Pilot Study.

- American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias, 23(5), 477–487.
<https://doi.org/10.1177/1533317508320794>
- Schmitter-Edgecombe, M., McAlister, C., & Weakley, A. (2012). Naturalistic assessment of everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment: the day-out task. *Neuropsychology*, 26(5), 631–641. <https://doi.org/10.1037/a0029352>
- Schmitter-Edgecombe, M., & Parsey, C. M. (2014a). Assessment of functional change and cognitive correlates in the progression from healthy cognitive aging to dementia. *Neuropsychology*, 28(6), 881–893. <https://doi.org/10.1037/neu0000109>
- Schmitter-Edgecombe, M., & Parsey, C. M. (2014b). Cognitive correlates of functional abilities in individuals with mild cognitive impairment: comparison of questionnaire, direct observation, and performance-based measures. *Clinical Neuropsychologist*, 28(5), 726–746. <https://doi.org/10.1080/13854046.2014.911964>
- Schmitter-Edgecombe, M., Woo, E., & Greeley, D. R. (2009). Characterizing multiple memory deficits and their relation to everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 23(2), 168–177. <https://doi.org/10.1037/a0014186>
- Seelye, A., Hagler, S., Mattek, N., Howieson, D. B., Wild, K., Dodge, H. H., & Kaye, J. A. (2015). Computer mouse movement patterns: A potential marker of mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia : Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1(4), 472–480. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2015.09.006>
- Seelye, A. M., Schmitter-Edgecombe, M., Cook, D. J., & Crandall, A. (2013). Naturalistic Assessment of Everyday Activities and Prompting Technologies in Mild Cognitive Impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(4), 442–452. <https://doi.org/10.1017/S135561771200149X>
- Seow, D., & Gauthier, S. (2007). Pharmacotherapy of Alzheimer disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(10), 620–629.
- Sham, R. (2012). Virtual reality-based spatial memory intervention in patients with mild cognitive impairment. McGill University.
- Sidani, S., Epstein, D. R., Bootzin, R. R., Miranda, J., & Cousins, J. (2015). The Contribution of Treatment Allocation Method to Outcomes in Intervention Research. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 47(2), 62–80. <https://doi.org/10.1177/084456211504700205>

- Ska, B., & Joannette, Y. (2006a). Vieillissement normal et cognition. *médecine/sciences*, 22(3), 284-287. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223284>
- Ska, B., & Joannette, Y. (2006b). Vieillissement normal et cognition. *médecine/sciences*, 22(3), 284-287. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223284>
- Smith, G. E., Chandler, M., Fields, J. A., Aakre, J., & Locke, D. E. C. (2018). A Survey of Patient and Partner Outcome and Treatment Preferences in Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*. <https://doi.org/10.3233/JAD-171161>
- Stein, J., Lippa, M., Kaduszkiewicz, H., Eisele, M., Weyerer, S., Werle, J., ... Maier, W. (2015). Is the Short Form of the Mini-Mental State Examination (MMSE) a better screening instrument for dementia in older primary care patients than the original MMSE? Results of the German study on ageing, cognition, and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Psychological Assessment*, 27(3), 895-904. <https://doi.org/10.1037/pas0000076>
- Stern, Y. (2006). Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(2), 6.
- Suzuki, H., Kuraoka, M., Yasunaga, M., Nonaka, K., Sakurai, R., Takeuchi, R., ... Fujiwara, Y. (2014a). Cognitive intervention through a training program for picture book reading in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Bmc Geriatrics*, 14, 122. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-122>
- Suzuki, H., Kuraoka, M., Yasunaga, M., Nonaka, K., Sakurai, R., Takeuchi, R., ... Fujiwara, Y. (2014b). Cognitive intervention through a training program for picture book reading in community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-122>
- Taylor, M. E., Boripuntakul, S., Toson, B., Close, J. C. T., Lord, S. R., Kochan, N. A., ... Delbaere, K. (2018). The role of cognitive function and physical activity in physical decline in older adults across the cognitive spectrum. *Aging & Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1474446>
- Teng, E., Becker, B. W., Woo, E., Cummings, J. L., & Lu, P. H. (2010). Subtle Deficits in Instrumental Activities of Daily Living in Subtypes of Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(3), 189-197. <https://doi.org/10.1159/000313540>

- Teresi, J. A., Grober, E., Eimicke, J. P., & Ehrlich, A. R. (2012). Are clinical diagnoses of Alzheimer's disease and other dementias affected by education and self-reported race? *Psychological Assessment*, 24(3), 531-544. <https://doi.org/10.1037/a0027008>
- Tomaszewski Farias, S., Cahn-Weiner, D. A., Harvey, D. J., Reed, B. R., Mungas, D., Kramer, J. H., & Chui, H. (2009). Longitudinal changes in memory and executive functioning are associated with longitudinal change in instrumental activities of daily living in older adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(3), 446-461. <https://doi.org/10.1080/13854040802360558>
- Tomaszewski Farias, S., Giovannetti, T., Payne, B. R., Marsiske, M., Rebok, G. W., Schaie, K. W., ... Gross, A. L. (2017). Self-perceived Difficulties in Everyday Function Precede Cognitive Decline among Older Adults in the ACTIVE Study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000546>
- Triebel, K. L., Martin, R., Griffith, H. R., Marceaux, J., Okonkwo, O. C., Harrell, L., ... Marson, D. C. (2009a). Declining financial capacity in mild cognitive impairment. *Neurology*, 73(12), 928-934. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b87971>
- Triebel, K. L., Martin, R., Griffith, H. R., Marceaux, J., Okonkwo, O. C., Harrell, L., ... Marson, D. C. (2009b). Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A 1-year longitudinal study. *Neurology*, 73(12), 928-934. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181b87971>
- Turner, G. R., & Spreng, R. N. (2012). Executive functions and neurocognitive aging: dissociable patterns of brain activity. *Neurobiology of Aging*, 33(4), 826.e1-826.e13. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2011.06.005>
- Valdes, E. G., O'Connor, M. L., & Edwards, J. D. (2012). The effects of cognitive speed of processing training among older adults with psychometrically-defined mild cognitive impairment. *Current Alzheimer Research*, 9(9), 999-1009.
- Van Noorden, R. (2012). 366 days: 2012 in review. *Nature*, 492(7429), 324-327. <https://doi.org/10.1038/492324a>
- Van Noorden, R., Maher, B., & Nuzzo, R. (2014). The top 100 papers. *Nature*, 514(7524), 550-553. <https://doi.org/10.1038/514550a>

- Vaughan, L., & Giovanello, K. (2010). Executive function in daily life: Age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. *Psychology and aging*, 25(2), 343.
- Wadley, V. G., & Crowe, M. (2008). Mild Cognitive Impairment and Everyday Function: Evidence of Reduced Speed in Performing Instrumental Activities of Daily Living. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9.
- Wadley, V. G., Crowe, M., Marsiske, M., Cook, S. E., Unverzagt, F. W., Rosenberg, A. L., & Rexroth, D. (2007a). Changes in everyday function among individuals with psychometrically defined Mild Cognitive Impairment in the ACTIVE Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1192-1198. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01245.x>
- Wadley, V. G., Crowe, M., Marsiske, M., Cook, S. E., Unverzagt, F. W., Rosenberg, A. L., & Rexroth, D. (2007b). Changes in everyday function in individuals with psychometrically defined mild cognitive impairment in the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), 1192-1198. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01245.x>
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., & Ross-Meadows, L. A. (2008a). Mild cognitive impairment and everyday function: evidence of reduced speed in performing instrumental activities of daily living. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 16(5), 416-424. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31816b7303>
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., & Ross-Meadows, L. A. (2008b). Mild Cognitive Impairment and Everyday Function: Evidence of Reduced Speed in Performing Instrumental Activities of Daily Living. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 416-424. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000310780.04465.13>
- Wadley, V. G., Okonkwo, O., Crowe, M., Vance, D. E., Elgin, J. M., Ball, K. K., & Owsley, C. (2009). Mild cognitive impairment and everyday function: an investigation of driving performance. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(2), 87-94. <https://doi.org/10.1177/0891988708328215>
- Wall, A. (2016, janvier 26). How Google Search Works in 2016. Consulté 5 mai 2016, à l'adresse <http://www.seobook.com/how-google-search-works-today>

- Wang, C.-L., Kuo, L.-M., Chiu, Y.-C., Huang, H.-L., Huang, H.-L., Hsu, W.-C., ... Shyu, Y.-I. L. (2018). Protective preparation: a process central to family caregivers of persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 30(3), 375–384. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001764>
- Wardley, S. (2013, décembre 6). Once more unto the breach, dear friends, once more ... [Blog]. Consulté 5 mai 2016, à l'adresse <http://blog.gardeviance.org/2013/12/once-more-unto-breach-dear-friends-once.html>
- Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève.
- Wesson, J., Clemson, L., Brodaty, H., & Reppermund, S. (2016). Estimating functional cognition in older adults using observational assessments of task performance in complex everyday activities: A systematic review and evaluation of measurement properties. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 335–360. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.024>
- Wesson, J., Clemson, L., Crawford, J. D., Kochan, N. A., Brodaty, H., & Reppermund, S. (2017). Measurement of Functional Cognition and Complex Everyday Activities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: Validity of the Large Allen's Cognitive Level Screen. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 471–482. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.021>
- Westervelt, H. J., Bruce, J. M., & Faust, M. A. (2016). Distinguishing Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies using cognitive and olfactory measures. *Neuropsychology*, 30(3), 304–311. <https://doi.org/10.1037/neu0000230>
- Wilson, R. S., Capuano, A. W., Bennett, D. A., Schneider, J. A., & Boyle, P. A. (2016). Temporal course of neurodegenerative effects on cognition in old age. *Neuropsychology*, 30(5), 591–599. <https://doi.org/10.1037/neu0000282>
- Woolston, C. (2016). Paper piracy sparks online debate. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/nature.2016.19841>
- Yeh, Y.-C., Lin, K.-N., Chen, W.-T., Lin, C.-Y., Chen, T.-B., & Wang, P.-N. (2011). Functional Disability Profiles in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(3), 225–232. <https://doi.org/10.1159/000326910>

Zoller, A., Gaal, I., Royer, C., Locascio, J., Amariglio, R., Blacker, D., ... Marshall, G. (2014).
SIST-M-IR Activities of Daily Living Items that Best Discriminate Clinically Normal
Elderly from those with Mild Cognitive Impairment. *Current Alzheimer Research*,
11(8), 785-791.

Nom, A., *Voici un exemple de référence bibliographique que vous pouvez effacer*, Paris : Gallimard, 1958. 230p.

Le sondage

SECTION 1

Informations préliminaires

***1. Avec quelle clientèle travaillez-vous? Vous pouvez choisir plusieurs réponses**

- ☐ Pédiatrique (0-18 ans)
- ☐ Adulte (18-64 ans)
- ☐ Gériatrique (65 ans et plus)

***2. Dans quel milieu pratiquez-vous ? Vous pouvez choisir plusieurs réponses**

- ☐ Santé mentale
- ☐ Services administratifs
- ☐ Gestion des services à la clientèle
- ☐ Service de prise en charge médicale/juridique
- ☐ Enseignement
- ☐ Recherche
- ☐ Système neurologique
- ☐ Système musculo-squelettique
- ☐ Appareils cardiovasculaire et respiratoire Appareils digestif, métabolique et endocrinien Santé physique générale
- ☐ Réadaptation professionnelle
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Promotion de la santé et bien être

Autre. Spécifiez, SVP

***3. Quels services offrez-vous aux clients ? Vous pouvez choisir plusieurs réponses**

- ☐ Soutien/Maintien à domicile
- ☐ Soins de longue durée

- ☐ Évaluation/Orientation (UCDG ou centre hospitalier)
- ☐ Évaluation/Orientation (cliniques/services spécialisés)
- ☐ Évaluation/Orientation (urgence)
- ☐ Réadaptation/Intégration professionnelle
- ☐ Réadaptation/Intégration sociale Réadaptation/Intégration scolaire
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Expertise légale
- ☐ Dépistage
- ☐ Psychothérapie (avec permis seulement)
- ☐ Information/Promotion de la santé auprès de la collectivité
- ☐ Prévention du suicide, maladie, accidents, problèmes sociaux auprès de la collectivité
- ☐ Autre. Spécifiez, SVP

***4. Quelle est votre province d'emploi ?**

***5. Où travaillez-vous ? Vous pouvez choisir plusieurs réponses**

- ☐ Hôpital général
- ☐ Hôpital ou établissement de réadaptation
- Hôpital ou établissement de santé mentale**
- ☐ Établissement de soins pour bénéficiaires internes
- ☐ Résidence avec services
- ☐ Centre de santé communautaire
- ☐ Agence de visite et entreprise
- ☐ Centre de pratique en groupe
- ☐ Pratique autonome
- ☐ Établissement d'enseignement postsecondaire
- ☐ École ou commission scolaire
- ☐ Association, gouvernement ou organisme paragouvernemental
- ☐ Secteur industriel ou commercial
- ☐ Autre. Spécifiez, SVP

SECTION 2

Connaissances sur Le TCL

***6. Est-ce que vous êtes familier(ère) avec le diagnostic de trouble cognitif léger ?**

- ☐ Oui, je connais très bien le sujet
- ☐ Oui, j'en ai déjà entendu parler
- ☐ Non, je ne sais rien sur le sujet (arrêter le questionnaire si cette réponse est cochée)

***7. Quel est votre degré de confiance dans votre habileté à identifier la présence d'un trouble cognitif léger chez votre clientèle ?**



***8. Croyez-vous que la personne avec un trouble cognitif léger a des difficultés fonctionnelles dans les activités de base de la vie de tous les jours? Les activités de base sont celles permettant la survie de l'individu, comme s'habiller, manger, se déplacer.**

- ☐ Oui
- ☐ Non

***9. Pensez-vous que les difficultés dans les activités de base sont plus grandes lorsqu'elles sont comparées à la performance de personnes âgées sans trouble cognitif?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

***10. Selon vous, quelles activités de base de la vie quotidienne sont plus difficiles pour la personne âgée avec un trouble cognitif léger (TCL) ?**

- ☐ S'habiller Manger Se laver
- ☐ Se brosser les dents
- ☐ Éliminer
- ☐ Marcher
- ☐ Autres. Spécifiez, SVP

***11. Croyez-vous que la personne avec un trouble cognitif léger a des difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne ? Les activités instrumentales se réfèrent aux activités qui permettent à une personne de vivre de façon indépendante dans sa communauté, comme l'utilisation de transport et faire les courses (Dutil, Bottari, Vanier, & Gaudreault, 2004).**

☐ Oui

☐ Non

***12. Pensez-vous que les difficultés dans les activités instrumentales sont plus grandes lorsqu'elles sont comparées à la performance de personnes âgées sans trouble cognitif ?**

☐ Oui

☐ Non

***13. Selon vous, quelles activités instrumentales de la vie quotidienne sont plus difficiles pour la personne âgée avec un trouble cognitif léger ?**

☐ Préparer un repas

☐ Utiliser le téléphone Gérer ses finances

☐ Utiliser les moyens de transport

☐ Autres. Spécifiez, SVP

***14. Quelles sont les principales difficultés rencontrées pendant la réalisation des activités de la vie quotidienne (de base ou instrumentales) par une personne âgée atteinte d'un trouble cognitif léger ? Vous pouvez choisir plusieurs réponses**

☐ Formuler le but de faire une activité : la personne a de la difficulté à trouver une solution pour répondre à un besoin (ex. pour répondre à ma faim, je formule le but de me faire à manger).

☐ Planifier les activités : la personne n'est pas en mesure de choisir la bonne stratégie pour répondre à son but ou de trouver une alternative ;

☐ Initier l'activité : la personne a besoin de quelqu'un pour lui dire de démarrer la tâche ;

☐ Réaliser l'activité : la personne

- ☐ Oublie des étapes de la tâche ;
- ☐ Se trompe dans l'ordre des étapes de la tâche ;
- ☐ Substitue des gestes ou des objets (ex. utilise une fourchette pour brasser son café) ;
- ☐ Répète les mêmes actions plusieurs fois ;
- ☐ Montre des difficultés liées au temps de réalisation d'une activité ;
- ☐ Réalise des actions non liées à la tâche.
- ☐ Vérifier l'atteinte de son but : la personne est en mesure d'évaluer si la tâche a été accomplie et effectuée correctement.
- ☐ Autre, svp préciser : _____

***15. Si vous évaluez l'indépendance fonctionnelle d'une personne en l'observant réaliser ses activités quotidiennes, où cette évaluation se réalise-t-elle le plus fréquemment ?**

- ☐ À domicile
- ☐ Dans votre milieu de travail (clinique/hôpital)
- ☐ Dans un environnement de recherche
- ☐ Autres _____

***16. Évaluations du trouble cognitif léger**

Dans cette partie du questionnaire, nous souhaitons obtenir des informations sur le type de mesures et votre fréquence d'utilisation de ces mesures pour évaluer les personnes atteintes de troubles cognitifs légers. Veuillez lire attentivement et sélectionner les réponses qui décrivent le mieux votre pratique.

	Toujours (100% du temps)	Souvent (75% du temps)	Parfois (50% du temps)	Jamais/ Rarement (25% du temps)	Identifiez les instruments que vous utilisez
J'évalue les déficits cognitifs en observant la personne dans ses activités quotidiennes					

J'évalue l'indépendance fonctionnelle en observant la personne réaliser ses activités quotidiennes					
J'évalue les déficits cognitifs par des tests cognitifs standardisés					
J'évalue l'indépendance fonctionnelle en utilisant des évaluations standardisées					
J'évalue les déficits cognitifs par des entretiens avec le client					
J'évalue l'indépendance fonctionnelle par des entretiens avec un client					
AUTRES : précisez					

***17. Est-ce que vous évaluez les déficits cognitifs à l'aide de tests cognitifs standardisés ?**

☐ Oui

☐ Non

Identifiez les instruments que vous utilisez, SVP (si répondu oui)

18. Est-ce que vous évaluez l'indépendance fonctionnelle en utilisant des évaluations standardisées ?

☐ Oui

☐ Non

Identifiez les instruments que vous utilisez, SVP (si répondu oui)

***19. Interventions dans le trouble cognitif léger**

Dans cette partie du questionnaire, nous souhaitons documenter les approches d'intervention que vous utilisez auprès des personnes présentant un trouble cognitif léger. Veuillez lire attentivement et sélectionner les réponses qui décrivent le mieux votre pratique.

Interventions	Toujours (100% du temps)	Souvent (75% du temps)	Parfois (50% du temps)	Jamais/ Rarement (25% du temps)
J'utilise des approches d'entraînement cognitif informatisé				
J'utilise des approches métacognitives, telles que la prise de conscience des déficits et l'entraînement à la résolution de problèmes.				
J'enseigne des stratégies compensatoires, comme utiliser un agenda ou prendre des notes.				
Je favorise l'apprentissage ou le réapprentissage de tâches spécifiques de la vie de tous les jours.				
Je fais de l'éducation aux personnes et à leurs proches sur le trouble cognitif léger et ses impacts.				
Autre : préciser				

***20. Quel est votre degré de confiance dans votre habileté à proposer une intervention pour les personnes atteintes d'un trouble cognitif léger**



***21. Selon vous, quelle est la façon optimale de différencier une personne qui vieillit normalement d'une personne qui présente un trouble cognitif léger ?**

Vous pouvez choisir jusqu'à 3 réponses

- ☐ Par le diagnostic du médecin
- ☐ Par une évaluation neuropsychologique (tests cognitifs)

☐ Par une évaluation de la performance dans les activités de la vie quotidienne

☐ En utilisant les données fournies par des proches, qui ont répondu à un questionnaire sur la performance de la personne atteinte d'un trouble cognitif léger dans les activités de la vie quotidienne

☐ Par des questionnaires d'auto-évaluation sur la performance dans les activités de la vie quotidienne

☐ Je ne sais pas faire la différence entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique

☐ Le TCL fait partie du vieillissement normal, il n'y a aucune différence entre les deux états

***22. Est-ce que vous connaissez les sous-types des troubles cognitifs légers ?**

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne le sais pas

***23. Quels sont les sous-types que vous rencontrez dans votre clientèle ? (si répondu oui à la question 22)**

***24. Implantation de lignes directrices de pratique dans le domaine du trouble cognitif léger en ergothérapie.**

Dans cette dernière partie du questionnaire, nous souhaitons connaître la faisabilité d'implanter des lignes directrices quant à l'évaluation et l'intervention en ergothérapie dans le trouble cognitif léger. Veuillez lire attentivement et sélectionner les réponses qui décrivent le mieux votre perspective.

	Aucunement probable	Légèrement probable	Modérément probable	Très probable
Lorsque vous recevez une formation portant sur une nouvelle évaluation ou un nouveau traitement, quelle est la probabilité que vous l'adoptiez SI :				
Elle vous a semblé intuitivement intéressante				
La formation avait du sens pour vous				

Votre superviseur l'exigeait				
Votre établissement l'exigeait				
Votre ordre professionnel l'exigeait				
Elle a été suivie par vos collègues, qui ont apprécié la formation				
Vous considérez que vous avez eu une formation assez complète pour l'utiliser				

***25. Finalement, veuillez compléter ces énoncés :**

	Toujours (100% du temps)	Souvent (75% du temps)	Parfois (50% du temps)	Jamais/ Rarement (25% du temps)
Je trouve difficile d'adopter de nouvelles recommandations, car :				
Je trouve difficile de modifier ma pratique actuelle en matière d'évaluation				
Je trouve difficile de modifier ma pratique actuelle en matière d'intervention				
Je ne me sens pas toujours compétent(e) pour utiliser de nouvelles recommandations				

SECTION 3

Suite des questions démographiques

***26. Avec quelle clientèle travaillez-vous?**

Vous pouvez choisir plusieurs réponses Affections neurologiques évolutives

☐ **Alcoolismes et autres toxicomanies Arthrite et rhumatologie**

- ☐ Brûlure
- ☐ Cancer
- ☐ Déficience de la parole et du langage
- ☐ Déficience intellectuelle Déficience visuelle Déficience auditive
- ☐ Démences et syndromes associés
- ☐ Trouble cognitif léger Douleur chronique Encéphalopathies HIV/Sida
- ☐ Maladies et syndromes génétiques
- ☐ Myélopathies Myopathies Néonatalogie
- ☐ Retard de développement Traumatismes craniocérébraux Troubles affectifs
- ☐ Troubles alimentaires (anorexie, boulimie) Troubles cardio-respiratoires
- ☐ Troubles de déglutition Troubles de la personnalité Troubles de l'humeur
- ☐ Troubles du système musculo-squelettique et amputations
- ☐ Troubles envahissants du développement Troubles graves du comportement
- ☐ Troubles liés au vieillissement
 - ☐ Troubles psychotiques
 - ☐ Aucune
 - ☐ Autres. Spécifiez, SVP

***27. Combien avez-vous d'années d'expérience en pratique clinique ?**

Si moins d'une année, indiquer une décimale; par ex. 0,5 pour 6 mois d'expérience)

***28. Indiquer votre plus haut niveau de diplôme**

- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat

Année d'obtention du diplôme de plus haut niveau (en chiffres)

***29. Quel est votre sexe ?**

- ☐ Homme
- ☐ Femme

***30. Quel est votre âge ?**

Nombre d'années

***31. Quelle est la proportion approximative de clients âgés de 65 ans et plus dans votre clientèle?**

- ☐ 0-25%
- ☐ 26-50%
- ☐ 51-75%
- ☐ 76-100%

***32. Est-ce qu'il y a de la recherche en gériatrie dans votre milieu de travail ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

***33. Acceptez-vous d'être contacté(e) pour participer à un groupe de discussion ou à une entrevue individuelle permettant de mieux comprendre votre pratique avec les technologies ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

***34. Insérez votre adresse courriel, SVP**

L'enquête est maintenant terminée. Si vous avez des commentaires ou des questions supplémentaires, s'il vous plaît faites

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

L'enquête est maintenant terminée. Si vous avez des commentaires ou des questions supplémentaires, s'il vous plaît faites-nous savoir: (suggestion)

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :	Identification des difficultés fonctionnelles dans le trouble cognitif léger: Perspective des ergothérapeutes.
Chercheur responsable du projet de recherche :	Nathalie Bier, Ph.D., chercheur au Centre de recherche de l'IUGM.
Co-chercheurs :	Patricia Belchior, Ph.D., chercheur au Centre de recherche de l'IUGM.

1. Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui est fréquemment amené à évaluer des personnes présentant un trouble cognitif léger (TCL) et leur jugement clinique est mis à contribution pour soutenir l'émission d'un diagnostic, ou encore, pour déterminer un plan d'intervention. Pourtant, à ce jour, aucune étude n'a exploré la perspective de ces professionnelles de la santé sur les impacts fonctionnels qu'ils observent dans leur pratique clinique quotidienne auprès de cette clientèle. Leur perspective pourrait permettre de confirmer ou encore d'identifier des comportements observables propres au TCL et soutiendrait ainsi une meilleure compréhension du phénomène et un développement de pratiques de pointe.

L'objectif général du projet est d'explorer la perspective des ergothérapeutes de l'impact fonctionnel du TCL. Plus spécifiquement, nous souhaitons identifier :

- 1) les principaux domaines dans lesquels cette condition entraînent des difficultés (ex. activité de base ou AIVQ) ;
- 2) les activités plus spécifiquement atteintes ;
- 3) les comportements observables ;
- 4) les outils d'évaluations qu'ils utilisent pour évaluer le TCL ;
- 5) les interventions qu'ils mettent en place, basées sur leur identification des difficultés ;

- 6) leurs connaissances des évidences scientifiques dans le domaine et à quel point ils sont confiants dans leur identification du TCL ;
- 7) leur perspective quant au transfert de connaissance dans ce domaine pour améliorer leur pratique clinique.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 18 participants, hommes et femmes, âgés de 21 ans et plus.

3. Déroulement du projet de recherche

Ce projet de recherche se déroulera dans les locaux de l'Université de Montréal, du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal ou dans tout autre lieu qui vous conviendra, en dehors de vos heures de travail. Plus spécifiquement, vous prendrez part à :

- Une discussion en groupe d'une durée d'1h30 minutes durant laquelle nous vous poserons des questions sur comment vous percevez le trouble cognitif léger et votre pratique auprès de cette clientèle.

Les séances seront enregistrées sous forme audio afin de permettre la transcription des échanges et faciliter l'analyse des données.

4. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et au déplacement, il n'y a pas d'inconvénients à participer à ce projet.

6. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet, le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre nom, votre sexe, votre date de naissance, votre milieu d'emploi et les enregistrements audio.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie ou par

l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

8. Études ultérieures

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche soit dans le domaine de la neuroscience du vieillissement ou soit dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans le système informatique du Centre de recherche de l'IUGM. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la destruction de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions pour réaliser d'autres projets de recherche? ☐ **Oui** ☐ **Non**

9. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

☐ **Oui** ☐ **Non**

10. Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

11. En cas de préjudice et droits du participant à la recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

12. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche, Nathalie Bier, au 514.343.6564.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au 514.593.3600.

13. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité, par téléphone au 514. 527.9565, poste 3223. Vous pouvez également joindre le secrétariat du Comité par courriel à l'adresse suivante : karima.bekhiti.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Consentement

Titre du projet de recherche :

Identification des difficultés fonctionnelles dans le trouble cognitif léger: Perspective des ergothérapeutes.

I. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Signature du participant

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date